Organizadores

Gyovanna Rodrigues Cardoso
Karen Eduarda de Souza Custodio
Lara Azevedo Teixeira Manzo
Tânia Maria da Silva Mendonça
Fabiano Henrique Rodrigues Soares

Saúde Mental e Educação Médica

PERCEPÇÕES E SENTIMENTOS DOS ESTUDANTES DE MEDICINA DIANTE DAS EXPERIÊNCIAS PRÁTICAS E DO INTERNATO

Editora Poisson

VOLUME 1

Gyovanna Rodrigues Cardoso
Karen Eduarda de Souza Custodio
Lara Azevedo Teixeira Manzo
Tânia Maria da Silva Mendonça
Fabiano Henrique Rodrigues Soares
(Organizadores)

Saúde Mental e Educação Médica:

Percepções e sentimentos dos estudantes de medicina diante das experiências práticas e do internato

1ª Edição
Belo Horizonte
Editora Poisson
2023

Editor Chefe: Dr. Darly Fernando Andrade

Conselho Editorial
Dr. Antônio Artur de Souza – Universidade Federal de Minas Gerais
Ms. Davilson Eduardo Andrade
Dra. Elizângela de Jesus Oliveira – Universidade Federal do Amazonas
MSc. Fabiane dos Santos
Dr. José Eduardo Ferreira Lopes – Universidade Federal de Uberlândia
Dr. Otaviano Francisco Neves – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais
Dr. Luiz Cláudio de Lima – Universidade FUMEC
Dr. Nelson Ferreira Filho – Faculdades Kennedy
Ms. Valdiney Alves de Oliveira – Universidade Federal de Uberlândia

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S255
Saúde Mental e Educação Médica: Percepções e sentimentos dos estudantes de medicina diante das experiências práticas e do internato - Volume 1/ Organização: Gyovanna Rodrigues Cardoso et al. - Editora Poisson - Belo Horizonte-MG - 2023

Formato: PDF
ISBN: 978-65-5866-289-1
DOI: 10.36229/978-65-5866-289-1

Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia

1.Saúde 2. Medicina 3. Enfermagem I. CARDOSO, Gyovanna Rodrigues et al. II. Título

CDD-610

Sônia Márcia Soares de Moura – CRB 6/1896

O conteúdo deste livro está licenciado sob a Licença de Atribuição Creative Commons 4.0.
Com ela é permitido compartilhar o livro, devendo ser dado o devido crédito, não podendo ser utilizado para fins comerciais e nem ser alterada.

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos seus respectivos autores.

Esse e outros títulos podem ser baixados gratuitamente em www.poisson.com.br
Entre em contato pelo contato@poisson.com.br

Organizadores

Gyovanna Rodrigues Cardoso

Graduanda em Medicina na Universidade Federal de Uberlândia, monitora na disciplina de Atividades Sensoriais, Reflexivas e Formativas IV.

Karen Eduarda de Souza Custodio

Graduanda em Medicina na Universidade Federal de Uberlândia, atuou como monitora na disciplina de Atividades Sensoriais, Reflexivas e Formativas IV.

Lara Azevedo Teixeira Manzo

Graduanda em Medicina na Universidade Federal de Uberlândia, monitora na disciplina de Atividades Sensoriais, Reflexivas e Formativas IV.

Organizadores

Tânia Maria da Silva Mendonça

Graduada em Fisioterapia pelo Centro Universitário do Triângulo (1997). Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Uberlândia (2006). Doutora em Ciências Médicas e Biológicas pela Universidade Federal de São Paulo (2011). Atualmente é professora do Eixo Atividades Sensoriais, Reflexivas e Formativas do curso de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia e pesquisadora de Qualidade de Vida em Doenças Crônicas. Tem experiência na área de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, com ênfase em Fisioterapia e Terapia Ocupacional, atuando principalmente nos seguintes temas: Pesquisa Qualitativa em Saúde (métodos mistos); Educação em Saúde; Qualidade de Vida em Doenças Crônicas, Pilates, Bioestatística Avançada, PROMIS-Brasil, SF-36, Fratura de Quadril, e Validação de Instrumentos por meio da Teoria de Resposta ao Item.

Fabiano Henrique Rodrigues Soares

Licenciatura Plena em Educação Física pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) com estágio na School of Kinesiology, Physical Education and Athletic Training, College of Education and Human Development na University of Maine/EUA (1997). Especialista em Nutrição Esportiva para o Fitness e o Alto-Rendimento pelo Centro Universitário de Volta Redonda/UNIFOA (2004). Mestre em Ciências da Saúde (2013) e Doutor em Ciências da Saúde (2019) na UFRN. Pesquisador no Instituto de Cérebro e no Observatório de Saúde Mental (OBSAM), ambos na UFRN, onde estuda respostas afetivas ao exercício e saúde mental de estudantes de Medicina, respectivamente. Docente do Departamento de Ética e Humanidades em Saúde (DEHUS) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia.

Prefácio

A pandemia mundial da COVID-19, causada pelo vírus Sars-cov-2, tornou-se uma crise humanitária, econômica e sanitária. Os fatores que contribuíram para a difusão da doença estão relacionados com a concentração populacional e com o aumento do deslocamento de pessoas e de produtos (NOGUEIRA; SILVA, 2020). Além disso, é possível notar a alta capacidade de transmissão, relacionada com o contato com gotículas respiratórias, com mucosas ou com utensílios pessoais sem o devido saneamento (XAVIER et al., 2020). O que gerou interrupções das mais diversas atividades, incluindo as atividades de ensino universitárias.

Nesse contexto, diante da pandemia da COVID-19, é pertinente considerar que nos diversos ambientes hospitalares foram priorizados atendimentos aos casos de infecção por SARS-CoV-2 (MEJA et al., 2020), logo, por conta das medidas de isolamento social e com o intuito de garantir um atendimento eficiente para a COVID-19, foram percebidas minimizações na procura por consultas, por exames e, até mesmo, na execução algumas cirúrgias eletivas (ALVES et al., 2020). Com isso, são observados diversos impactos em relação aos cenários hospitalares, interrupções durante a pandemia, com consequências que impactam diretamente no ensino e das reflexões dos acadêmicos de medicina.

Nesse sentido, o retorno às atividades presenciais na Universidade Federal de Uberlândia (UFU) foi aguardado com grande expectativa pelos alunos, pois possibilitou a interação entre eles novamente. Essa interação é considerada positiva, uma vez que a troca de informações e a comunicação são muito úteis para reduzir a ansiedade e mitigar os impactos psicossociais causados pela COVID-19, o que foi fator importante na escrita de reflexões, visto que os alunos encontravam-se repletos de sentimentos como frustração, impotência e ansiedade.

A partir disso, as narrativas são uma ferramenta educativa utilizada para aplicar os conceitos aprendidos ao longo dos períodos na disciplina de Atividades Sensoriais e Reflexivas. Nesse contexto, são amplamente abordados temas como ética médica e transferência-contratransferência. Além disso, as narrativas permitem que os alunos percebam seu progresso ao longo do curso, à medida que têm um contato cada vez maior com pacientes e o ambiente hospitalar, vivenciando novas experiências. Essas experiências trazem consigo novos desafios, dilemas e preocupações que devem ser analisados e refletidos para promover o crescimento pessoal e profissional dos estudantes.

SUMÁRIO

Capítulo 1: As vivências da educação médica no ensino remoto 11

Nathalia Aparecida Freitas, Tainara Aparecida Rodrigues Silva, Thaciany Soares Ferreira

DOI: 10.36229/978-65-5866-289-1.CAP.01

Capítulo 2: Medicina e cuidado: O paradoxo inegável 14

Ádria Silva Guimarães, Amanda Araújo Silva

DOI: 10.36229/978-65-5866-289-1.CAP.02

Capítulo 3: Os imprecisos limites da relação médico-paciente 18

Alice Mirane Malta Carrijo, Veronica Perius de Brito

DOI: 10.36229/978-65-5866-289-1.CAP.03

Capítulo 4: Limites da Assistência Médica 21

Ana Pereira Reis, Thaíssa Hávilla Rezende Duarte

DOI: 10.36229/978-65-5866-289-1.CAP.04

Capítulo 5: Os desafios associados aos dilemas e ao desenvolvimento da empatia durante a formação médica: Um Relato de experiência de nossa autoria. 26

Isabela Souza Cruvinel Borges, Vinicius Santos Nascimento

DOI: 10.36229/978-65-5866-289-1.CAP.05

Capítulo 6: Experiências do retorno presencial pós pandemia 29

Matheus Henrique Cruvinel Silveira, Matheus Klimach Borba Guimarães, Vinícius Moura Abbud Pena

DOI: 10.36229/978-65-5866-289-1.CAP.06

Capítulo 7: Vulnerabilidades na pediatria do Sistema Único de Saúde (SUS) 32

Carla Jaciara Baraúna de Oliveira

DOI: 10.36229/978-65-5866-289-1.CAP.07

Capítulo 8: Consequências do ensino à distância imposto pela pandemia de COVID-19 na educação médica na perspectiva dos estudantes: Desafios e mudanças 34

Clarice Pereira Sales Oliveira, Juan Nicholas Cabral de Andrade Felipe, Rodrigo Evangelista Araújo Oliveira

DOI: 10.36229/978-65-5866-289-1.CAP.08

SUMÁRIO

Capítulo 9: Impactos da pandemia na formação médica: A importância da relação médico-paciente 36

Leonardo Peixoto Garcia, Joaquim Adélio de Oliveira Neto, Nayara Paula Silva Cunha

DOI: 10.36229/978-65-5866-289-1.CAP.09

Capítulo 10: O ensino médico e a saúde mental dos estudantes de Medicina no contexto da pandemia de COVID-19 40

Gabriel Valdisser Jaculi Teixeira Bento, Glauber Mota Pacheco, Lucas Ferreira Cesar

DOI: 10.36229/978-65-5866-289-1.CAP.10

Capítulo 11: Manejo do tempo: Desafios e estratégias para alunos de Medicina durante o retorno presencial 43

Jadson Leandro Alves de Morais, Jair Rosa Pascoal, Laura Paranhos Couto da Costa

DOI: 10.36229/978-65-5866-289-1.CAP.11

Capítulo 12: Um convite à introspecção crítica acerca do retorno presencial da Faculdade de Medicina de Uberlândia 46

Ana Elisa Caldas Gonçalves, Eduarda Fileto Nogueira, Laura Pampanini Lara

DOI: 10.36229/978-65-5866-289-1.CAP.12

Capítulo 13: Escuta ativa e espiritualidade: Ferramentas transformadoras da relação médico-paciente 49

Gabryella Londina Ribeiro Lima, Lara Azevedo Teixeira Manzo, Layanne Cintra Soares

DOI: 10.36229/978-65-5866-289-1.CAP.13

Capítulo 14: Os dois lados da moeda 52

Deryck Seiji Matsuo, Johnatan Reis da Silva

DOI: 10.36229/978-65-5866-289-1.CAP.14

Capítulo 15: Um café com o desconhecido 55

Karina Baltor Cabral, Milena Vieira Dias dos Santos , Thaís Borba Carneiro

DOI: 10.36229/978-65-5866-289-1.CAP.15

Capítulo 16: Coração restrito 59

Laura Santos Machado, Maria Áurea dos Santos Batista, Raimundo Emanuel Nascimento Rodrigues Júnior

DOI: 10.36229/978-65-5866-289-1.CAP.16

SUMÁRIO

Capítulo 17: Comunicação de notícias difíceis: Uma temática pouco discutida no ensino médico..... 63

Leonardo Patrick Figueredo, Luiza Ferreira Barros

DOI: 10.36229/978-65-5866-289-1.CAP.17

Capítulo 18: Além da Medicina..... 66

Lucas Rodrigues de Abreu, Thomas Alberto Macedo da Silva Resende

DOI: 10.36229/978-65-5866-289-1.CAP.18

Capítulo 19: Saúde mental e Medicina humanizada: Para quem? 68

Lorena Fialho Franco de Melo, Mariana Giorgiani

DOI: 10.36229/978-65-5866-289-1.CAP.19

Capítulo 20: Saúde mental: Uma perspectiva sobre a participação da família no cuidado do paciente com transtornos psiquiátricos..... 72

Marcela Gomes de Souza, Samyla de Almeida Silva

DOI: 10.36229/978-65-5866-289-1.CAP.20

Capítulo 21: Estamos mesmo preparados? 75

Daniel Lucas Pimenta Pinheiro, Diego Martins Simamoto, Thiago Ferreira Moreira

DOI: 10.36229/978-65-5866-289-1.CAP.21

Capítulo 22: O peso da responsabilidade médica 78

Igor Silva Campos, Gabriel Santos Santana da Silva, Vinícius Ferreira Aratani

DOI: 10.36229/978-65-5866-289-1.CAP.22

Capítulo 23: Faces enraizadas 81

Mateus Barros Bueno, Mike Vinícius Canto de Andrade, Natália Barreira Silva

DOI: 10.36229/978-65-5866-289-1.CAP.23

Capítulo 24: Vivências discentes na faculdade de medicina durante o isolamento social pela pandemia de COVID-19 83

Pedro Arquimedes Oliveira Bezerra, Yuri Eduardo Fonseca Duarte, Letícia Martins Peixoto

DOI: 10.36229/978-65-5866-289-1.CAP.24

SUMÁRIO

Capítulo 25: Entre o medo e a esperança: As angústias de um estudante de Medicina em meio a pandemia..... 86

Carolina Rezende Lima, Gabriela Tomás Alves, Isabella Guzman Nunez del Prado

DOI: 10.36229/978-65-5866-289-1.CAP.25

Capítulo 26: Possíveis mudanças para melhora da educação médica durante a pandemia da COVID-19, na perspectiva dos estudantes..... 90

Gyovanna Rodrigues Cardoso, Priscila Anice Fernandes, Nikolas Lisboa Coda Dias

DOI: 10.36229/978-65-5866-289-1.CAP.26

Capítulo 27: Como a pandemia do COVID-19 afetou a educação médica e os futuros profissionais de saúde..... 93

Carolina Macedo Vilela Barreto, Marlon da Silva Pessanha Santos, João Augusto Nunes Vitorino

DOI: 10.36229/978-65-5866-289-1.CAP.27

Capítulo 28: Ressignificação das vivências na graduação de Medicina e resiliência: Uma experiência de acadêmicos no isolamento social durante a pandemia da COVID-19 . 96

Amanda Colmanetti, Uriel da Silva Pires, Victor Custódio Ribeiro

DOI: 10.36229/978-65-5866-289-1.CAP.28

Capítulo 29: O impacto emocional do retorno às aulas presenciais: Oportunidade de aprendizados e de desenvolvimento de habilidades..... 99

Laura de Lourdes Cardoso e Silva; Leonardo Carvalho Oliveira; Leticia Barbosa Caetano

DOI: 10.36229/978-65-5866-289-1.CAP.29

Capítulo 30: Retorno presencial após pandemia COVID-19: Vivências de estudantes de medicina..... 102

Andressa Júlia Figueiredo dos Santos, Fernanda Cristina das Neves, Jéssica Ronize Oliva

DOI: 10.36229/978-65-5866-289-1.CAP.30

Capítulo 31: Impactos da pandemia na qualidade do ensino-aprendizagem 105

Alissa Pinheiro Paes Leme, Gabriela Souza de Andrade, Jéssica Oliveira Noleto

DOI: 10.36229/978-65-5866-289-1.CAP.31

Capítulo 1

AS VIVÊNCIAS DA EDUCAÇÃO MÉDICA NO ENSINO REMOTO

Nathalia Aparecida Freitas, Tainara Aparecida Rodrigues Silva, Thaciany Soares Ferreira

No início de 2020, foi declarado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a pandemia devido à COVID-19, causada pelo vírus SARS-CoV-2, a qual para ser evitada tinha como principal fator o isolamento social, pois a transmissão ocorre pelo contato próximo com pessoas doentes. Assim, o principal meio encontrado pela OMS e pelas entidades de saúde foi a quarentena, ou seja, o fechamento de todas e quaisquer atividades que necessitavam de aglomeração de pessoas, principalmente em locais fechados (VIEIRA et al, 2021). Essa situação atingiu todas as instituições de ensino, inclusive a nossa universidade, em que ficamos praticamente todo o ano de 2020 sem nenhuma atividade acadêmica, deixando-nos, assim, extremamente angustiadas e preocupadas com esse momento, pois, além de atrasar o momento de formatura, esse tempo perdido comprometeria todo o desenvolvimento universitário.

A decisão do ensino remoto para educação médica se efetivou em nossa universidade, de fato, no início de 2021. Desse modo, tivemos que readaptar a nossa forma de aprender, pois o método online requer mais concentração e foco, visto que o ensino por telas compromete muito o ensino-aprendizagem. Além disso, existem outras dificuldades, tanto para nós, quanto para os docentes, relacionadas ao EaD que seriam as conexões de internet lentas, falta de conhecimento básico para procedimentos de ensino-aprendizagem digital, e impossibilidade de acesso às informações existentes na biblioteca da universidade, uma vez que o conhecimento dos livros didáticos são as mais confiáveis para nós, estudantes (MARSILLI; SMECELLATO; JÚNIOR, 2020). Além disso, a rotina de casa individual de cada uma de nós, devido ao confinamento com nossa família, foi um fator agravante, visto que era difícil encontrar um local silencioso, o que reduzia a nossa concentração durante as aulas. Uma de nós, por exemplo, teve que se adaptar a rotina de estudos online com a rotina de mãe em casa, visto que o isolamento impossibilitou a contratação de babás e creches para deixar os filhos.

Especificamente no curso de medicina, em nossa universidade, por conta da metodologia ativa, o ensino remoto é de difícil aplicação. Nesse contexto, escolhemos destacar no presente texto a nossa primeira aula de neuroanatomia no ensino remoto, conteúdo extremamente denso e que no método online ficou mais difícil de reter algum conhecimento. No momento dessa aula, nós ficamos bastante desesperadas e preocupadas, pois não conseguimos acompanhar o raciocínio lógico do professor, ou seja, nos vemos perdidas naquela apresentação, pois na área da Anatomia, embora possível, o aprendizado é bastante prejudicado, já que a complexidade das estruturas anatômicas exige uma capacidade considerável de abstração, uma vez que não existem modelos físicos que suportam o aprendizado. (MARSILLI; SMECELLATO; JÚNIOR, 2020).

Nesse sentido, após a realização da primeira prova de neuroanatomia, ao ver que essa situação refletiu de forma negativa em nossas notas, restaurou em nós sentimentos de: angústia, medo, sensação de impotência e preocupação, pois percebemos que o nosso rendimento na prova não correspondeu às nossas expectativas, o que nos fez refletir acerca da nossa eficiência enquanto futuras profissionais que iríamos ser. Após essa prova, pensamos em criar um grupo de estudos, devido à nossa proximidade e afinidade, sendo que entendemos que precisávamos nos unir mais ainda para solucionar questões que eram fundamentais, como melhorar nosso desempenho acadêmico e tentar amenizar os sentimentos que estávamos sentindo.

Dessa forma, com o intuito de tentar encontrar soluções para as nossas questões, percebemos que uma maneira eficaz de nos ajudarmos seria criar um grupo de estudos, já que, segundo Cavalcante e Maia (2019) os grupos de estudos surgem como um aparato de conhecimento e fonte de novos saberes, pois estes favorecem o diálogo e aprendizagem pelo debate. Além disso, equipes de estudo são locais que facilitam a aquisição de conhecimento, pois refletem em um processo de construção coletiva, acerca de um tema estudado, além de que o grupo adquire uma interdependência no método de ensino-aprendizagem (ROSSIT et al, 2018). A partir disso, começamos a fazer reuniões online, uma vez na semana, para tirarmos dúvidas e estudarmos sobre o conteúdo, para tal utilizamos de um recurso da própria universidade, um guia que disponibiliza peças de neuroanatomia, o que facilitou muito a nossa aprendizagem, repercutindo nas notas das próximas provas.

Segundo Cipriano e Almeida (2020), o isolamento social e a privação do contato humano presencial têm originado problemas psicológicos porque tendem a elevar a carga emocional e física, facilitando o desencadeamento, agravamento ou recidiva de transtornos mentais ou doenças físicas. Assim, com a criação dos nossos grupos de estudos houve uma redução dos nossos sentimentos de insatisfação, visto que além de utilizar esse método para sanar nossas dúvidas, usávamos o momento para descontrair, pois no final de cada reunião, conversávamos sobre a vida uma da outra, compartilhando um pouco da nossa rotina e expectativas com os momentos a seguir.

Nesse contexto, a partir das soluções para nossos questionamentos, e ao ver que possuímos algum respaldo na literatura científica, nos sentimos mais confortáveis em ter lidado com toda essa situação, visto que encontramos em artigos relatos sobre a dificuldade do ensino remoto na disciplina de anatomia. Outrossim, foi fomentador a busca por textos que mencionavam a importância de manter laços e compartilhar os sentimentos com tais pessoas do nosso vínculo. Assim, a experiência de discorrer sobre o assunto nos fez perceber o quanto esse processo foi rico e significativo para o nosso crescimento pessoal e acadêmico.

Portanto, embora o período relatado tenha nos afetado de modo que será repercutido por todo nosso futuro acadêmico e profissional como médicas, essa etapa de reclusão social foi de grande crescimento para todas nós, na qual tivemos que lutar para mudar antigos hábitos e criar técnicas de aprendizado. Ademais, a pandemia nos mostrou a importância e a necessidade do cuidado com as nossas emoções, visto que precisamos estar preparadas psicologicamente para poder cuidar do outro. Por fim, esse momento foi importante para aprimorarmos a nossa escuta e a nossa empatia, fatores que consideramos extremamente relevantes para o profissional médico. Logo, percebemos que momentos adversos acontecem e devemos estar aptos para enfrentá-los com leveza, sensatez e esperança.

REFERÊNCIAS

[1] CAVALCANTE, Maria Suelayne Pedroza; MAIA, Madeline Gurgel Barreto. A importância dos grupos de estudos e de pesquisa para a formação docente dos estudantes de pedagogia. Editora Realize. Ceará. 2020.

[2] CIPRIANO, Jonathan Alvez; ALMEIDA, Leila Cristina da Conceição Santos. Educação em tempos de pandemia: análises e implicações na saúde mental do professor e aluno. Editora Realize. Maceió, 2020. Disponível em: https://editorarealize.com.br/editora/anais/conedu/2020/TRABALHO_EV140_MD1_SA18_ID6098_31082020204042.pdf. Acesso em: 30 de outubro de 2021.

[3] MARSILLI, Lucas Ricardo Benfatti; SMECELLATO, Fernanda Bombonato; JÚNIOR, Orlando de Castro e Silva. Educação médica na pandemia COVID-19: ponto de vista de estudantes de medicina. Temas de Ensino em Saúde. São Paulo. 2020. Disponível em: https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/174253/166401. Acesso em: 30 de outubro de 2021.

[4] ROSSIT, Rosana Aparecida Salvador, et al. Grupo de pesquisa como espaço de aprendizagem em/sobre Educação Interprofissional (EIP): narrativas em foco. Rev. Interface. São Paulo, n.22, v.2, p.1511-1523, 2018. Disponível em: 10.1590/1807- 57622017.0674. Acesso em 30 de outubro de 2021.

[5] VIEIRA, Flávia da Silva Taques et al. Ensino remoto emergencial na educação médica: relato de experiência na pandemia da COVID-19. Brazilian Journal of Development, Curitiba, v.7, n. 7, p. 69863 – 69875; julho, 2021. Disponível em: https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/32735/pdf. Acesso em 30 de outubro de 2021.

Capítulo 2

MEDICINA E CUIDADO: O PARADOXO INEGÁVEL

Adria Silva Guimarães, Amanda Araújo Silva

Quando ingressamos no curso de Medicina, muito nos avisavam sobre como era importante que, ao decorrer da graduação, não deixássemos de cuidar da nossa própria saúde. Nos alertavam sobre alimentação, sobre atividade física, sobre laços familiares, o que continuou acontecendo durante todo o curso em aulas sobre prevenção de doenças cardiovasculares, por exemplo. Porém, apesar de ser citada, a esfera da saúde mental não recebia a mesma magnitude. Nos alertavam sobre a importância de cuidar da nossa *psiqué*, mas poucas vezes falava-se sobre métodos de como o fazer. Muito foi dito sobre como a saúde mental do estudante de Medicina que, em especial, encontra-se em extrema vulnerabilidade e como a situação pode piorar com o avanço dos períodos devido às cobranças e às responsabilidades. Por outro lado, pouco era detalhado sobre como agir quando nos deparássemos com um colega, com um amigo ou, até mesmo, com nós mesmos em estado de risco quanto ao estado emocional.

No segundo semestre de 2022, fomos aturdidas: em meio a discussões de psiquiatria, a visitas à enfermaria de saúde mental e ao compromisso de estudar dez especialidades no período, assistimos, atordoadas, a uma amiga e colega de curso se deteriorando gradualmente por um quadro depressivo (a chamaremos, aqui, pelo nome fictício de Letícia). Paralelamente, visitávamos a enfermaria de Psiquiatria pelo eixo de Saúde Coletiva, local onde pudemos identificar pacientes em condição semelhante, o que nos deixou ainda mais alertas com a saúde de nossa amiga. Dessa forma, devido à incisiva maneira como esses momentos nos marcaram durante o oitavo período e à escassez de orientação sobre como lidar, de forma prática, com situações como essas no papel de futuras médicas, escolhemos discutir, neste material, a respeito de como nos sentimos inseridas nesse contexto.

Diante dessa situação, nós, como amigas, construímos uma relação de confiança e tentamos manter a escuta ativa. Entretanto, o sentimento de impotência sempre se fez presente e, junto a ele, precisamos lidar com os gatilhos que essa situação gera em nós mesmas. Os estudos atuais apontam que a incidência de depressão e de outros distúrbios do humor é maior em estudantes de medicina em relação à população em geral. Não apenas as expectativas que são criadas ao redor da figura do médico, mas as próprias vivências do curso, com tamanha competitividade, toxicidade no meio, medo de errar, sobrecarga e escasso tempo para lazer, são fatores que geram ansiedade, culpa, esgotamento, depressão e, em alguns casos, suicídio (CONCEIÇÃO et al, 2019). Nenhuma dessas informações era novidade para nós, pois, em muitos momentos, nos encontramos em situação de sofrimento psíquico devido aos fatos supracitados. Porém, com Letícia, vimos o cenário sair de controle e representar um risco à vida dela e, assim, nos deparamos com a pergunta que nos fizemos inúmeras vezes: "o que podemos fazer?".

Sabíamos que nosso papel era limitado. E, ali, identificamos a necessidade de buscar aprender sobre como agir. Ainda não somos profissionais, temos nossas próprias lutas internas, mas a situação nos alarmou. Algo precisava ser feito. Não possuímos a certeza, por conversas pregressas com nossa Letícia, se a família portava de estrutura emocional e de condições para entendê-la e ajudá-la. Assim, buscamos entender e relacionar com o que estudamos no semestre. Na procura por respostas, entendemos que, no nosso papel, o mais importante seria nos fortificar como rede de apoio. Além disso, as leituras reforçaram importância do tratamento dessa doença com psicoterapia e psicotrópicos (BASSOLS et al., 2014). Sendo assim, partimos para algumas atitudes. Começamos a conversar mais com Letícia. Em uma das conversas, houve estranhamento por parte dela, com uma reação negativa e que gerou sintomas paranoides, pois ela se sentiu ofendida com algumas palavras de preocupação.

Esse momento foi muito delicado, pois nos sentimos ainda mais impotentes, nos questionamos sobre a viabilidade da conversa e, por alguns minutos, a tristeza se tornou raiva, pois nem mesmo nós entendíamos como Letícia pôde ficar tão estressada com uma atitude cuja finalidade era apenas de cuidado. Porém, conversamos entre nós, nos tranquilizamos e não desistimos de fazer o que estava ao alcance, e entendemos que, conforme o que já havíamos lido, a alteração de comportamento expressada por ela, as mudanças de humor e a reação diante da conversa faziam parte do quadro clínico da doença (FREIRE et al, 2022).

Tentamos uma nova abordagem, mais focalizada na rede de apoio em si. Assim, realizamos visitas frequentes, ligações telefônicas diárias, atos de carinho que a lembrassem da amizade conosco. Proferimos palavras de reforço positivo e deixamos claro que a saúde dela importava mais que o curso. Sabemos que a depressão grave é uma doença complexa e que, portanto, a repercussão das nossas ações seriam limitadas. Associado a isso, estabelecemos contato com a família com o intuito de incentivar a continuidade do tratamento com profissionais qualificados e de nos informarmos sobre o quadro. O resultado foi, até o momento, satisfatório, uma vez que a fase de crise crítica parece ter sido controlada.

Dentro desse contexto, refletimos o quanto o ambiente do nosso curso contribui para o desencadear de quadros depressivos, visto que, estamos frequentemente em situações de estresse e cobrança extrema, muitas vezes fora da realidade. Além disso, estamos inseridos em um ambiente de competição exagerada que, muitas vezes, é estimulada pelos professores, por meio de frases como “Ninguém mandou escolher ser médicos”, “Não posso fazer nada se estão sobrecarregados, vocês têm que dar conta”, “O seu colega fez, porque você não?”, ao invés de tentarem manter o convívio mais tranquilo e amigável. Outrossim, existe o sentimento de sobrecarga extrema e sem tempo para “ficarmos doentes”, ou seja, o corpo muitas vezes adoece e só conseguimos pensar nas nossas obrigações e, ao tirarmos um tempo para cuidar da nossa saúde, o primeiro sentimento que se destaca é a culpa. Devido ao estigma em que a depressão é inserida, podem surgir sentimentos de vergonha e medo (SOEIRO et al, 2022). Assim, diante do quadro de Letícia, o instinto de provar a si mesma do que é capaz fez-se muito presente, pois ela enfrentou bastante relutância ao trancar parcialmente o curso por se envergonhar e, inconscientemente, achar que esse seria um sinal de fraqueza e não de autocuidado. nosso sentimento, frente à situação dela, foi de preocupação, como dito anteriormente, mas é inegável que em vários momentos identificamos sentimentos semelhantes aos delas e pensamos sobre a necessidade de ficarmos maia atentas com a nossa saúde mental, mesmo sob influência dos fatos citados anteriormente.

Discutimos sobre como, apesar de estarmos inseridas em um ambiente responsável pela formação de cuidadores da saúde e, também, rodeados de profissionais da área, o cuidado com a saúde mental do estudante é extremamente precário, pois não recebemos nenhum suporte psicológico desde os primeiros períodos, além da constante estigmatização do quadro depressivo o que faz com que os alunos não sintam confortáveis em pedir ajuda, seja para colegas seja para professores. Nesse ínterim, é importante que os professores saibam identificar, validar os sentimentos dos seus alunos e acolhê-los em seus momentos de fragilidade para que, assim, seja construído um ambiente de cuidado e acolhimento (SOEIRO et al, 2022). Além disso, seria viável que os alunos tivessem acesso a serviços de psicologia oferecidos pela Universidade e, também, a médicos psiquiatras através do serviço público, visto que, muitos da nossa sala não possuem plano de saúde e não conseguem arcar financeiramente com esse tipo de custo.

Por contratransferência entende-se o sentimento que é despertado no médico ao lidar com a história de algum paciente, assim, ficou claro que diante das crises de Letícia, a contratransferência surgiu em nós de forma avassaladora (HUGHES & KERR, 2000). Assim, apesar dessa temática já ter sido bastante discutida nos nossos componentes curriculares, na prática, tivemos bastante dificuldade de lidar com a situação, já que uma de nós acabou ficando doente por alguns dias devido ao abalo emocional desencadeado, além de culminar em muita dificuldade de ajudar Letícia devido a semelhança de seu quadro com o de familiares próximos.

Nesse ínterim, a psicoterapia é de extrema importância para os profissionais da saúde, visto que ela irá nos ajudar a entender nossas necessidades e medos inconscientes , pois durante toda a nossa graduação e nossa futura carreira profissional, estaremos sujeitos a encarar situações que nos remetem a histórias pessoais. Por isso a necessidade de estarmos preparados para lidar com esses momentos e, assim, evitar que nossas condutas sejam afetadas por essas emoções e não consigamos fornecer atendimento de qualidade por esse motivo, além de evitar o nosso adoecimento psíquico (HUGHES & KERR, 2000).

Portanto, com toda essa situação vivida com Letícia, entendemos o quanto a saúde mental do estudante de medicina é negligenciada, inclusive por aqueles que deveriam estar atentos aos sinais de adoecimento e de pedidos de ajuda, como nossos colegas e professores. Muitas melhorias deveriam ser estabelecidas como acesso ao serviço de saúde mental de forma mais igualitária e a psicoterapias, além de rodas de conversas mais frequentes durante a graduação de forma a compartilhar sentimentos e experiências sem estar sujeito a julgamentos. Além disso, precisamos nos preparar de forma mais eficiente para lidar com o processo de adoecimento dos nossos colegas, visto que Letícia não é a única do curso a passar por essa situação delicada e nem será a última. Muito nos ensinam a cuidar do próximo, e quando iremos aprender a efetivamente cuidar de nós mesmos?

REFERÊNCIAS

[1] BASSOLS, Ana Siqueira Margareth et al. First- and last-year medical students: Is there a difference in the prevalence and intensity of anxiety and depressive symptoms? Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo, v. 36, n. 3, p. 233-240, 2014. Disponível em: Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462014000300233 Acesso em: 4 jun. 2019.

[2] CONCEIÇÃO et al. Saúde mental dos estudantes de medicina brasileiros: uma revisão sistemática da literatura. Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior (Campinas) [online]. 2019, v. 24, n. 03 [Acessado 28 Outubro 2022] , pp. 785-802. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-40772019000300012>. Epub 9 Dez 2019. ISSN 1982-5765. https://doi.org/10.1590/S1414-40772019000300012.

[3] HUGHES, Patricia; KERR, Ian. Transference and countertransference in communication between doctor and patient. Advances in psychiatric treatment, 2000, vol. 6, pág 57- 64.

[4] FREIRE et al. Fatores de risco para depressão em adultos jovens: uma revisão da literatura. DêCiência em Foco. ISSN 2526-5946 2021; 5(2): 69 - 79.

[5] SOEIRO, Ana Cristina Vidigal et al. Depressão, estigma e preconceito: o que pensam os estudantes de Medicina?. Revista Brasileira de Educação Médica, 2022, vol. 46, n. 3. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbem/a/MtXt8txM4PpxX8LPDS3S7pc/?format=pdf&lang=pt .

Capítulo 3

OS IMPRECISOS LIMITES DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

Alice Mirane Malta Carrijo, Veronica Perius de Brito

No Eixo de Saúde Individual do sétimo período temos como atividade mensal em dupla a participação de um turno de 12 horas no setor de Ginecologia e Obstetrícia no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HCU-UFU). Em uma madrugada de quinta-feira, que estávamos de plantão, chegou uma mulher que havia sofrido um AVC isquêmico, uma provável complicação pós COVID-19.

Logo após seu atendimento no pronto socorro, o médico responsável nos atualizou sobre o quadro da paciente a qual, diante de sua avaliação neurológica, foi encaminhada para o centro cirúrgico para a realização de uma Trombectomia. Este é um procedimento invasivo terapêutico para remoção de coágulos e possível resolução dessa condição clínica. A equipe nos convidou para observar o procedimento e aceitamos essa oportunidade, uma vez que já havíamos aprofundado nossos conhecimentos teóricos acerca do tema em períodos anteriores.

Entretanto, quando estávamos no corredor em direção ao centro cirúrgico, a filha da paciente chegou chorando e buscando respostas para a situação que sua mãe se encontrava. Então, o chefe do serviço pediu para que nós conversássemos com ela até que o residente chegasse ao local. Apesar de escutarmos perfeitamente todas as perguntas que ela nos fazia sobre o quadro clínico de sua mãe e de ter o conhecimento teórico necessário para responde-las, nos vimos estagnadas. Não sabíamos como reagir. E ao pensar que faltava apenas, aproximadamente, um ano para ingressarmos no internato, um sentimento de insegurança invadiu a nossa mente.

Além disso, a pandemia da COVID-19 junto com o desconhecimento da doença e de suas complicações, além do sentimento de impotência despertados pela dificuldade de aliviar o sofrimento do outro também ocuparam nossos pensamentos. Apesar do turbilhão de acontecimentos a nossa volta, ficamos sozinhas com nossos próprios pensamentos olhando uma para outra, nos projetando na situação daquela menina. E se fosse nossa mãe que estivesse naquela situação?

Contudo, seus gritos nos trouxeram de volta à realidade. Todas suas perguntas se resumiam em uma: a minha mãe vai morrer? Ironicamente, nós tínhamos mais dúvidas que ela. Não apenas em relação ao estado de saúde daquela mulher, mas, especialmente, sobre a forma de tratar sobre assunto com sua filha. Como nós informaríamos para ela que a situação de sua mãe era grave? Como nós transformaríamos todos aqueles mecanismos fisiopatológicos memorizados com tanta veemência para as provas da faculdade em uma informação acessível para aquela menina? Será que estávamos preparadas para ingressar no internato mesmo com todos esses sentimentos?

Em meio a tantas emoções, tivemos o ímpeto de desconsiderar nosso papel de estudante de Medicina e simplesmente abraçá-la e chorar junto a ela. Contudo, permanecemos firme à figura profissional que nos era atribuída naquele ambiente e as

únicas palavras que dissemos foram: aguarde um momento que, em breve, alguém virá falar com você.

Escolhemos relatar esse momento, pois nos sentimos completamente impotentes, angustiadas e frustradas diante ao ocorrido. Para que servia todo o conhecimento adquirido às custas de noites mal dormidas e inesgotáveis horas de estudos, se, na prática, nós não éramos capazes de transmitir essas informações ao outro? Porque ficamos tão emocionalmente abaladas com a vida de uma pessoa que nem conhecíamos? Como conseguiremos lidar com essas situações que serão tão comuns na nossa futura carreira médica? Talvez tenhamos vivido uma situação descrita por Luccherese et al. (2009) como emocionalmente intensa, ou seja, capaz de provocar angústia devido à ambiguidade que caracteriza o lugar que os estudantes de medicina ocupam: uma posição de potência, uma vez que são investidos de saber e, ao mesmo tempo, uma posição de aprendizes, por ainda saberem pouco de seu ofício.

Assim, intrigadas e frustradas diante do nosso fracasso em estabelecer uma comunicação eficiente com a família da paciente, bem como de manter uma relação profissional sobre o processo de adoecimento decidimos usar essa narrativa a fim de aprender mais sobre como desenvolver habilidades de comunicação essenciais para a futura prática médica. Além de tentar compreender a forma com que o médico deve se portar diante do processo de saúde-doença, no que tange à compreensão e manejo de suas próprias emoções.

Assim, iniciamos uma busca teórica acerca do assunto. Dentre os resultados encontrados, lemos uma pesquisa realizada com estudantes de medicina, através da qual foi concluída que o permanente convívio em ambientes de elevada sobrecarga emocional requer do indivíduo uma formação que não lhe é oferecida na graduação, afinal, diante das condições que a dor suscita, o médico, constantemente, é confinado às questões relacionadas ao sofrimento, as quais rompem seu equilíbrio, desestabilizando-o emocionalmente (MARTA et al., 2009).

Assim, o artigo explanou que há um envolvimento profissional denominado distância ótima: envolver-se o necessário com o doente e sua família, garantindo assistência humana e, concomitantemente, proteger-se da contaminação da situação para manter-se hígido e com capacidade de atuação (MARTA et al., 2009). Ainda nesse sentido, Castelhano e Wahba (2019) afirmam que o médico precisa ser cauteloso para não se deixar dominar pelas emoções e agir impulsivamente sob influência delas, entretanto, não pode negá-las, ou seja, há um desafio em reconhecer e administrar suas emoções, tornando-as instrumento útil na prestação de cuidados.

Essas leituras nos fizeram refletir que, mesmo em meio àquela sobrecarga de sentimentos e emoções vivenciada diante da sensação de impotência e de desconhecimento perante à postura ideal a ser adotada, nós poderíamos ter lidado de forma completamente diferente com a situação, por exemplo, estabelecendo uma conversa humanizada e acolhedora para explicar à menina a situação clínica de sua mãe e as condutas que seriam tomadas. Em retrospectiva, percebemos que, em muitos outros momentos, nos vimos estagnadas quanto à forma de nos relacionar com os pacientes ou suas famílias, como no ato de coleta de uma anamnese ou realização de um exame físico.

Em relação à necessidade de desenvolvimento de habilidades de comunicação, Ceron (2010) evidencia que quando é estabelecido uma comunicação eficiente, a relação se torna mais humanizada e horizontal por meio de falas, perguntas, posturas e gestos

capazes de gerar empatia e acolhimento, minimizando os lugares de poder historicamente instituídos sobre a figura do médico.

Ressalta-se ainda a importância da prática da escuta atenta, por meio da qual é possível compreender individualmente diferentes dimensões físicas, psíquicas e sociais da pessoa (SILVERMAN et al., 2013). Além da relevância das habilidades necessárias para uma abordagem acolhedora e eficaz para, de fato, exercitar a empatia, compreendendo melhor a experiência vivenciada pelos indivíduos nesse contexto de insegurança (GONÇALVES, 2011).

Essa busca ativa na literatura nos permitiu rever nossa atitude tomada na ocasião descrita, afinal, percebemos que podemos estabelecer uma relação de acolhimento mantendo o profissionalismo exigidos pela prática médica. Entendemos agora que essa angústia sobre a proximidade ideal com o caso do paciente e a insegurança sobre o modo de transmitir as informações é algo recorrente entre os estudantes de Medicina e que o estabelecimento correto de um vínculo será progressivamente aprendido a partir da experiência e da prática.

Em suma, concluímos que precisamos entender e respeitar nossos sentimentos e medos, bem como os sentimentos dos outros, sabendo relacioná-los com as técnicas apropriadas de comunicação, de modo a manter a postura profissional de forma acolhedora. Desse modo, em futuras experiências com pacientes e suas famílias, acreditamos que conseguiremos construir uma relação mais adequada, marcada pela empatia e compaixão, sem, todavia, projetar suas dores e sofrimentos sobre nossa vida pessoal, ou seja, mantendo uma distância emocional ideal. E, por fim, acreditamos estar mais preparadas para ingressar no internato em breve.

REFERÊNCIAS

[1] CASTELHANO, Laura Marques; WAHBA, Liliana Liviano. O discurso médico sobre as emoções vivenciadas na interação com o paciente: contribuições para a prática clínica. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 23, p. 1-14, 2019.

[2] CERON, Mariane. Habilidades de Comunicação: Abordagem centrada na pessoa. São Paulo: UNA-SUS, UNIFESP, 2010.

[3] GONÇALVES, Daniel Almeida et al. Vínculo, acolhimento e abordagem psicossocial: a prática da integralidade. Curso de Especialização em Saúde da Família–UNA-SUS| UNIFESP, 2011.

[4] LUCCHESE, Ana Cecilia; ABUD, Cristiane Curi; DE MARCO, Mario Alfredo. Transferências na formação médica. Revista Brasileira de Educação Médica. v. 33, n.4, p. 644 – 647, 2009.

[5] MARTA, Gustavo Nader et al. O estudante de Medicina e o médico recém-formado frente à morte e ao morrer. Rev bras educ med, v. 33, n. 3, p. 416-27, 2009.

[6] SILVERMAN J., KURTZ S., DRAPER J. Skills for Communicating with Patients. 3ed. London: CRC Press; 2013.

Capítulo 4

LIMITES DA ASSISTÊNCIA MÉDICA

Ana Pereira Reis, Thaíssa Hávilla Rezende Duarte

A perspectiva do amadurecer, dentre os seus diversos aspectos, consiste em adquirir novas habilidades. Nesse sentido, as transformações são inevitáveis, e fundamentais para o crescimento pessoal. Portanto, afirmamos que esses quatro anos como acadêmicas de medicina tem nos gerado emoções e sentimentos nunca despertados com tamanha intensidade, principalmente pela aproximação, cada vez mais real, do período de internato do curso. Assim, o momento escolhido para esta narrativa será pautado em mais um dia comum na graduação de medicina, aulas teóricas pela manhã e atendimento ambulatorial no período da tarde. Entretanto, traremos em nossa memória a paciente atendida nesta data.

Cientes de que a consulta médica é um processo complexo e que exige habilidades para torná-la eficiente instrumento da atenção médica, sendo elas a de comunicação do conteúdo da consulta, de desempenhar tarefas da consulta e, por fim, a de perceber pensamentos e sentimentos envolvidos (COVAS *et al., 2013*), requisitos muito exigidos no contexto que será narrado, apresentamos nesta narrativa a Dona Maria - *nome fictício* -. De início, pontuamos a tentativa em manter como modelo básico para anamnese o Calgary-Cambridge, já trabalhado no eixo de Atividades Sensoriais, Reflexivas e Formativas, buscando deixar a paciente o mais confortável possível (SILVERMAN *et al., 1996*).

Dona Maria, desse modo, comparece ao ambulatório didático de ginecologia do sétimo período, encaminhada do centro de saúde de sua cidade, referindo ser empregada doméstica e estar há mais de 30 dias sem trabalhar, devido a um sangramento uterino anormal. Ela informa que seu trabalho é informal e, como não consegue fazer suas faxinas, não está recebendo, encontrando-se cada dia mais perto de ser despejada ou ficar sem ter condições de se alimentar. Em pouco tempo de consulta já lidávamos com o sentimento que será o protagonista neste relato, o de impotência perante a fragilidade alheia, justamente pela tênue fronteira entre "os problemas da vida" e a "patologia" objetivamente definida (TEIXEIRA, 2005).

Sem muitas delongas e paciência, a paciente já sabia tudo o que queria e esperava da consulta: dizia ter raiva de seu útero, apontando que ele só lhe trazia problemas desde sempre, implorando repetidamente para que ele fosse retirado, não lhe interessando nenhuma outra forma de manejo de sua patologia. Assim, embora tal angústia fosse um sentimento latente naquele momento, foi possível entender que para que a paciente continuasse abordando abertamente sobre sua história, deveríamos manter o estabelecimento do vínculo de confiança para o diálogo, permitindo um discurso livre, conforme afirma Annatalia Gomes em seu artigo “Relação médico-paciente: entre o desejável e o possível na atenção primária à saúde”.

Além do mais, na perspectiva de Groopman (2008), o modo como o médico faz perguntas e reage às emoções de seus pacientes é a chave para que eles se encontrem à vontade na interação. Por isso, apesar de tais sentimentos, seguimos nossa entrevista médica, cientes de que mesmo tomadas pelo sentimento acadêmico de querer resolver "todos os problemas do mundo", precisaríamos fazer o melhor, dentro do alcance, para a paciente.

Durante tal anamnese, em meio ao local de desconforto em que nos encontrávamos, realizamos uma pergunta necessária dentro das particularidades ginecológicas, na qual se questiona à paciente mulher, o número de gestações, partos e abortos. Porém, mais uma vez, nos surpreendemos ao ouvir sobre o relato de seu aborto, fruto de uma relação embasada em violência sexual, cuja história foi contada na íntegra. Acreditamos que o fato ainda era tão necessário de ser dito, porque dentro desse contexto, a violência sexual acarreta sérios danos para saúde das vítimas, com inúmeras consequências físicas e psicológicas como depressão, ansiedade, distúrbio do sono, disfunção sexual, transtorno de estresse pós-traumático, infecções sexualmente transmissíveis e até ideação suicidas (SILVA *et al., 2020*), e por isso, detalhes não foram poupados. Dessa maneira, ela iniciou sua fala dizendo que na adolescência fora estuprada pelo pai, expulsa de casa pela mãe, necessitando pegar um ônibus para a cidade da avó, a qual lutou junto a ela por um aborto de forma legal, mesmo que com as 20 semanas gestacionais ultrapassadas, passando por muitas adversidades e obstáculos burocráticos, até que o aborto fosse realizado. O peso de tais informações elucidaram em nossa mente as dificuldades encontradas por mulheres e meninas na realização do abortamento legal no Brasil, que são conhecidas e decorrentes da omissão do Estado, principalmente pela falta de estrutura do Sistema Único de Saúde para a execução do procedimento e pela negativa de seus servidores em praticá-lo (YÁZIGI, 2021).

Ademais, sem tanto detalhamento, Dona Maria relata que passa a viver sozinha, em situação de rua, sem mencionar mais sua avó. Ao fim da história, ela diz ter tido outras várias gestações bem-sucedidas após vir morar no interior de Minas Gerais, sendo, atualmente, todos seus filhos adultos, que já são pais, e que se encontram também em condições socioeconômicas de extrema vulnerabilidade. "Meus filhos não conseguem me ajudar" - afirma a paciente. Nesse ponto da consulta, recordo que nos olhávamos sem saber o que dizer, além de que nos abalamos muito com o relato de tudo que ela passou, caracterizando o processo de transferência e contratransferência, que se define quando médicos, como as outras pessoas, direcionam aos seus pacientes diversos sentimentos e atitudes pertencentes a relacionamentos na vida do médico que se correlacionam ao narrado/vivido pelo paciente (MARQUES, 2003).

Dessa forma, foi possível perceber que durante a graduação recebemos embasamento teórico para lidar com essa situação, mas vivenciar, em consultório, o relato de uma situação tão real e cruel pela primeira vez, foi no mínimo uma tarefa desafiadora, principalmente pela necessidade de seguir com a coleta de informações. Mas, cientes de que essa escuta atenta, que reconhece o outro como pessoa humana e dispõe de uma capacidade de acolher sua dor e sofrimento, é importante condição para formar o vínculo e a confiança, mais uma vez mantivemos nossa coleta da história (SCHIMITH; LIMA, 2004).

Além das demais perguntas relatadas anteriormente, devido ao quadro clínico da paciente, é essencial perguntar se há dor durante a relação sexual. Logo temos resposta, de uma forma não tão surpreendente, que para ela ter dor e não sentir prazer é o esperado, que mesmo com libido e desejo, o ato em si nunca é bom, associando isso

também às lembranças do estupro sofrido. Nesse instante, mais uma vez, a impotência domina a consulta, levando-nos a definitivamente questionar o modo como somos ensinados pela literatura acerca da relação médico-paciente, humanização e o espaço que é dado à discussão entre os sentimentos médicos perante as angústias do outro em um contexto de atenção médica no Brasil (Leite *et al*., 2007).

Para discussão do caso com a docente responsável pelo ambulatório, além da história, tínhamos apenas um ultrassom transvaginal, de baixa qualidade, como exame complementar. Ao analisá-lo, somos informadas que seria extremamente necessário um exame com qualidade minimamente aceitável, além de que, antes de optar por tratamento cirúrgico, seria recomendável utilizar o dispositivo intrauterino (DIU) hormonal. Então, discutido tais condutas, somos acompanhadas da docente até o consultório para realização do exame ginecológico.

Ao abordá-la, adentrando à sala, anterior ao exame, mencionamos sobre o DIU hormonal, pontuando que é uma excelente alternativa, exceto pelo fato de que o SUS não o cobriria. E mais uma vez, antes mesmo de citarmos valores, ela já nervosa, ressalta que está há semanas sem trabalhar e a beira do despejo, enfatizando que não deseja nenhum tratamento clínico, apenas a cirurgia. De tal maneira, entendemos que as demandas trazidas para o consultório médico, naquele dia, exigiam habilidades (de escuta, de comunicação, dentre outras), que iam além dos conhecimentos estritamente biomédicos, devido à forte carga de problemas sociais que a paciente já trazia consigo (SUCUPIRA *et al*., 2007).

Nesse momento, nos foi exigido habilidades referentes a uma racionalidade médica ainda inédita, em que não pudemos de forma "meramente emocional", quebrar protocolos e realizar a intervenção cirúrgica desejada após intenso sofrimento, especialmente por sequer termos um exame de imagem adequado, não tendo a possibilidade de realizá-lo na unidade devido às burocracias de regulação dos pacientes egressos de outros municípios.

Apesar desta quebra de expectativa, iniciamos o exame especular, no qual a paciente chega a gritar com dores, mesmo com a técnica adequada. Ao finalizarmos tal procedimento, a docente nos explica, estando afastadas da paciente, que a dor desproporcional ao exame, possuía também um fundo psicoemocional, sendo agravada também por um indicativo de Doença Inflamatória Pélvica (DIP), o que necessitaria, de imediato, de tratamento para combate da infecção.

Finalizado o exame físico, a literatura preconiza que médico e paciente retornem para o ambiente inicial da consulta, para a realização da fase final da consulta, que inclui o planejamento diagnóstico e terapêutico e a sua conclusão. Para que isso aconteça de maneira natural, o médico, empregando seu raciocínio clínico, deverá ter gerado hipóteses diagnósticas, optando por uma delas, seguido por seu tratamento (COVAS *et al., 2013*).

Destarte, retornando ao consultório para transmitir tais informações para Dona Maria, deparamos com a paciente se encontrando quase incontactável conosco, dizendo que acreditava desde o começo que a consulta não chegaria, mais uma vez, a nenhum lugar. Mesmo frustradas e impactadas com essa realidade, mantivemos os passos de planejamento diagnóstico e terapêutico preconizados pelos pilares da comunicação médico-paciente (COVAS *et al., 2013*), com uma explicação detalhada sobre a importância de tratar tal infecção, tanto ela quanto seu parceiro, entregando-lhe, em seguida, as prescrições da consulta. O silêncio e a indiferença da paciente dominavam a sala. Continuamente, com muitas orientações e tentativas de diálogo, finalizamos a consulta,

alertando sobre a importância do retorno em 3 meses. Contudo, com o nítido desapontamento da paciente, obtivemos como resposta uma incerteza de retorno, uma vez que com o sangramento sem resolução esperada, não tinha o porquê retornar.

Deste modo, a cada vez que falamos sobre Dona Maria, atualmente, o sentimento de impotência sempre se mantém como uma experiência vívida no dia a dia de um profissional de saúde. Por vezes, tal impotência traz à tona questionamentos que permeiam o sistema de saúde, a estrutura assistencial local e até nossa própria capacidade, sempre em busca de materializar algum tipo de culpabilização e até buscar respostas retóricas a tudo isso: Fizemos o suficiente? Poderia ter sido diferente, de alguma forma? Como poderíamos mudar o destino desses pacientes? Até quando grande parte deles serão refém de um sistema de saúde vagaroso e ineficiente?

Diante do exposto, enfim, cremos que mesmo aprendendo diariamente sobre a não-exatidão da ciência que é Medicina, ainda precisamos de uma contínua reflexão e buscas por aprimoramento no estabelecimento da relação médico-paciente, e tal caso, indubitavelmente, apresentou-se para nós como oportunidade única de reconhecer e aprender com a essencialidade e aplicabilidade do exercício da humanidade e empatia presente dentro do espectro da medicina; seja esse reconhecimento e aprendizado tanto no amadurecimento pessoal, como para o profissional, indo além dos aspectos técnicos que a escola médica nos proporciona, sabendo que tal amadurecimento nos permitirá sempre olhar para o outro como um ser completo em seus aspectos biopsicossociais, para que só assim possamos atuar entre o desejável, por médicos e pacientes, e o que é possível realizar na experiência clínica, mantendo uma relação pacífica e marcada pelo interesse em estabelecer um encontro autêntico, apesar das condições desfavoráveis que todos enfrentam e enfrentarão.

REFERÊNCIAS

[1] COVAS, DIMAS TADEU; MOREIRA, A. C. Comunicação Médico-Paciente. Semiologia Geral e Especializada. Guanabara-Koogan, 2013.

[2] GOMES, Annatalia Meneses de Amorim et al. Relação médico-paciente: entre o desejável e o possível na atenção primária à saúde. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 22, p. 1101-1119, 2012.

[3] GROOPMAN, J. Como os médicos pensam Rio de Janeiro: Agir; 2008.

[4] LEITE, A.J.M.; CAPRARA, A.; COELHO FILHO, J.M. (Orgs.). Habilidades de comunicação com pacientes e famílias. São Paulo: Sarvier, 2007.

[5] MARQUES FILHO, José. Relacionamento médico-paciente. Revista Brasileira de Reumatologia, v. 43, p. 238-239, 2003.

[6] SCHIMITH, M.D.; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. Cad Saúde Pública, v. 20, p. 1487-1494, 2004.

[7] SILVA, Flávia Calanca da et al. Os impactos da violência sexual vivida na infância e na adolescência em universitários. Revista de Saúde Pública , v. 54, 2020.

[8] Silverman JD, Kurtz SM, Draper J. The Calgary-Cambridge approach to communication skills teaching: Agenda led outcome-based analysis of the consultation.Educ Gen Pract. 1996;7:288-99.

[9] SUCUPIRA, Ana Cecília. A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 11, p. 624-627, 2007.

[10] TEIXEIRA, R.R. Humanização e atenção primária à saúde. Ciênc Saúde Coletiva, v. 10, n. 3, p. 585-589, 2005.

[11] YÁZIGI ABRÃO, Isabella. ACESSO AO ABORTO LEGAL NO BRASIL: VIOLAÇÃO DOS DIREITOS FEMININOS E RESPONSABILIZAÇÃO DOS AGENTES ESTATAIS. Iniciação Científica Cesumar, v. 23, n. 1, 2021.

Capítulo 5

OS DESAFIOS ASSOCIADOS AOS DILEMAS E AO DESENVOLVIMENTO DA EMPATIA DURANTE A FORMAÇÃO MÉDICA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DE NOSSA AUTORIA

Isabela Souza Cruvinel Borges, Vinicius Santos Nascimento

No dia 13/10/2022, estávamos no Ambulatório de Saúde do Adulto e Idoso para mais um dia de atendimento. Chegamos antes do horário previsto para iniciar a consulta rapidamente, na esperança de conseguir ir para casa mais cedo, tendo em vista o cansaço enorme a que estávamos submetidos. Chamamos o primeiro paciente que havia chegado. Ele entrou na sala acompanhado de sua mulher, ambos muito receptivos e educados.

Apesar do cansaço, realizamos a consulta de forma completa e correta, coletando todas as informações necessárias e dando atenção ao que o paciente nos contava. No momento da realização do exame físico, pedíamos licença e explicávamos todos os procedimentos que estávamos realizando, com respeito e cuidado ao paciente. Ele, muito simpático e prestativo, dizia que não precisávamos pedir licença e que podíamos ficar tranquilos quanto aos procedimentos, agradecendo a cada ação nossa.

Em certo momento do exame, o paciente começou a chorar, dizendo que nenhum médico nunca havia dado a atenção que demos a ele. Ele nos contou que sempre ouviam suas queixas com desprezo, o examinavam com pressa e se preocupavam em mandá-lo para casa o mais rápido possível, como se quisessem "ficar livre" dele. Emocionado, ele nos agradeceu por ouvi-lo com tanta atenção e cuidado, e por ter lhe examinado de forma completa e respeitosa. Foi uma surpresa para nós. A pressa para ir para casa desapareceu.

Escolhemos esse momento pois ele abriu nossos olhos para essa nova fase que adentraremos, o internato. Sabemos que a correria e o cansaço, que já são consideráveis, se tornarão ainda maiores. Contudo, não queremos que isso prejudique nossa atuação enquanto profissionais da saúde dedicados, empáticos e humanos que nos propomos a ser.

Refletindo sobre esse ocorrido algumas horas depois, analisamos que é muito fácil "esquecer" nossos valores e princípios em meio à exaustão física e emocional a que estamos constantemente submetidos. Entretanto, isso não pode justificar uma atuação acadêmica/profissional incorreta, incompleta ou desrespeitosa. Nesse dia, apesar de estarmos focados em conseguir atender os pacientes o quanto antes para ir para casa mais cedo, nosso atendimento foi correto, efetivo e acolhedor. Contudo, fica o incômodo de ter tido preocupações pessoais em detrimento do cuidado ao paciente que nos propomos a fazer.

No momento mais preponderante da consulta, o primeiro sentimento que tivemos foi felicidade. Ficamos alegres e honrados com as palavras do paciente. Em seguida veio a culpa, a tristeza e a vergonha pela nossa preocupação inicial do dia, antes de começar o atendimento. Após várias reflexões e conversas, nos sentimos gratos por essa experiência, que nos relembrou o que é realmente importante, quem somos e como queremos ser

daqui para frente. O sentimento de alívio também se destaca, por termos percebido tudo isso antes de entrar no internato, considerando os novos desafios que teremos.

Ao passar por essa situação, pensamos que manter uma conduta ética, moral e humanizada é um princípio que não deveria ser esquecido ao longo da formação. Entretanto, o que percebemos foi que isso aconteceu devido ao cansaço, banalização e automatização da rotina. Diante dos sentimentos e reflexões proporcionados pela consulta, constatamos que, para os anos seguintes - de atividades ainda mais intensas devido ao internato - seria necessário não apenas adquirir mais conhecimentos e capacidades técnicas, mas também manter e aprimorar nossos valores morais.

Analisando o motivo dessa estagnação (ou até regressão) no campo da moralidade, observamos que o desenvolvimento de competências morais é pouco explorado ao longo da formação acadêmica. Como causa disso, nota-se o excesso de conteúdo técnico a ser transmitido e aprendido, o que compete com a carga horária a ser destinada ao ensino e resgate de valores (FEITOSA et al., 2013). Ainda, é válido mencionar a estafa mental e física que frequentemente acomete estudantes de medicina, tornando-os menos cuidadosos com o bem-estar próprio e do paciente (CONCEIÇÃO et al., 2019).

Em consonância com o que refletimos ao final daquela consulta, estudos mostram que o juízo moral tende a ser deteriorado ao longo da formação médica, sendo assim, esse deveria ser melhor testado e estimulado ao longo da graduação (RIBEIRO; AMARAL, 2008). Como análise para o futuro, vemos que há muito o que incentivar sobre educação moral entre docentes e discentes, incluindo alterações na grade curricular. Mas, tendo em vista o momento presente como acadêmicos do 8° período, em que essa alteração formal não é mais possível para nós, consideramos que devemos ter atenção redobrada com o modo de conduzir as consultas e tratar os pacientes.

O atendimento a esse senhor, para o qual fazer o “básico” foi diferencial, nos despertou os melhores e piores sentimentos. Os piores, por sabermos que, infelizmente, muitos pacientes saem de algumas consultas pior do que entraram, devido à falta de atenção e carinho que lhes é dedicado. Os melhores, por confirmar que, mesmo em dias difíceis e cansativos, somos capazes de fazer a diferença e transmitir respeito, cuidado e dedicação àquele que veio até nós em busca de ajuda. Por fim, acima de tudo, essa consulta nos ensinou que a maior competência médica é o cuidado, não exclusivamente técnico e pragmático, mas também o humanizado.

Diante de tudo que foi exposto, concluímos que 8 semestres de ensino não foram apenas estudo de doenças e tratamentos. Foram 4 anos conhecendo vidas diferentes, que passaram por nós não somente atrás de um diagnóstico, mas em busca de ajuda, consolo, conforto e melhora. Vimos que o atendimento humanizado e centrado no paciente é a habilidade mais requerida e menos treinada, mas que pode e deve ser aplicada em toda consulta.

Tendo em vista todas as reflexões e sentimentos, apesar da ansiedade frente a essa nova etapa, seguimos para internato seguros de que, mesmo quando faltar um pouco de conhecimento técnico, de um fármaco ou procedimento, nunca faltará atenção, dedicação, amor e o ímpeto de aprender e cuidar dos pacientes.

REFERÊNCIAS

[1] CONCEIÇÃO, Ludmila de Souza et al. Saúde mental dos estudantes de medicina brasileiros: uma revisão sistemática da literatura. Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior (Campinas), [S.L.], v. 24, n. 3, p. 785-802, dez. 2019.

[2] FEITOSA, Helvécio Neves et al. Competência de juízo moral dos estudantes de medicina: um estudo piloto. Revista Brasileira de Educação Médica, [S.L.], v. 37, n. 1, p. 5-14, mar. 2013.

[3] RIBEIRO, Maria Mônica Freitas; AMARAL, Carlos Faria Santos. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. Revista Brasileira de Educação Médica, [S.L.], v. 32, n. 1, p. 90-97, mar. 2008.

Capítulo 6

EXPERIÊNCIAS DO RETORNO PRESENCIAL PÓS PANDEMIA

Matheus Henrique Cruvinel Silveira, Matheus Klimach Borba Guimarães, Vinícius Moura Abbud Pena

No ano de 2019, com o desenvolvimento e a propagação da doença intitulada como COVID-19, cria-se uma nova reestruturação pedagógica legislada sobre a dificuldade em se desenvolver mecanismos que garantissem a minimização dos efeitos impostos pelo distanciamento social e, nesse sentido, com ênfase no nível superior, o curso de medicina logra um protagonismo relevante no que tange a necessidade de compreensão da percepção dos alunos envolvidos nessa problemática. Nesse contexto, houve uma interferência nas relações de aprendizagem e na vida pessoal dos docentes e discentes e, principalmente, afetou a relação entre ambos. Sobre estes últimos, entende-se que se trata de um grupo com aumento da incidência e prevalência de distúrbios mentais, como o desenvolvimento de ansiedade, juntamente com os vícios adquiridos, como álcool e outras drogas; a síndrome de Burnout; a depressão; o estresse excessivo e outras comorbidades (PERNICIOTTI *et al.*,2020) decorrentes do ensino remoto e da sobrecarga no curso de medicina, e nesse foco, que abordamos a principal intercorrência oriunda do momento: os efeitos da pandemia sobre a saúde mental de nós, estudantes.

Desse modo, compreende-se que, devido às mudanças decorrentes da pandemia, isso tornou-se mais um motivo de ansiedade, pois a incerteza sobre a qualidade técnica é um reflexo das condições de ensino durante a pandemia. Nota-se, invariavelmente, o redimensionamento que trazemos acerca do ciclo vicioso no qual passamos a fazer parte; não estamos dotados de qualidade pedagógica-prática para com os futuros afazeres laborais e, não possuímos mais um tempo hábil para a reposição das atividades que figuram como pilar para a construção técnica e cognitiva de um profissional de excelência. Logo, essa mazela que nos aflige dentro do nosso maior refúgio, a universidade, e em específico, no curso de medicina, configura como disparador principal da nossa narrativa: a saúde mental.

Diante dos fatores expostos, nós, estudantes de medicina, vemos que, de fato, a atual crise de saúde afetou não somente a nossa rotina, mas sim a nossa visão de futuro. Consequentemente, tal situação quebra nossas expectativas e nos coloca diante de uma incerteza constante quanto ao nosso desenvolvimento como profissionais da área da saúde. Anteriormente à pandemia, já tínhamos que lidar com os diversos obstáculos do curso, poucas aulas práticas, tempo escasso para o desenvolvimento de habilidades e para estudo, e as limitações da própria instituição de ensino. Com o início das restrições, percebemos que tais obstáculos se tornaram maiores, aumentando, então, o sentimento de frustração, incapacidade, imperícia e abandono.

Em um primeiro momento, o nosso sentimento de descaso em relação à Instituição de Ensino se intensificou devido ao tempo de inatividade vivenciado no início da pandemia quando comparado com outras instituições públicas que iniciaram as atividades remotas em menos de um mês. Tal fato contribuiu para aumentar a nossa

ansiedade, devido à incerteza do futuro próximo, pois a sensação assemelhava-se de como fossemos um "barco à deriva".

Sobre as expectativas, estas oscilavam conforme os comunicados formais e informais que recebíamos da faculdade. Contudo, tais informações só aumentavam a sensação de que nada estava sendo feito ou nos fazia elaborar mais um novo plano para dar continuidade à vida que estava a mercê do posicionamento da Universidade. Com o início das atividades remotas, os pensamentos positivos fluíram em busca de um escape para a situação de abandono. A realidade, no entanto, demonstrou uma condição diferente. Isso, pois, tais sentimentos de abandono e impotência vieram à tona devido às limitações do ensino remoto e à falta de posicionamento e organização dos setores superiores da instituição. Dessa forma, nós nos sobrecarregamos para tentar aproveitar da melhor forma possível o momento. Entretanto, a sobrecarga nos levou a um novo nível de ansiedade, de exaustão e de falta de sono. Consequentemente, nossas frustrações aumentaram, não somente devido à qualidade de ensino, à falta de conhecimento técnico e à falta de práticas, mas também devido à impotência por não haver mais alternativas.

Infelizmente, a ideia de trancar o curso foi um sentimento comum entre nós, integrantes deste grupo, que confluía à percepção da única solução plausível, visto que tínhamos a sensação de estarmos realocando nosso tempo para algo infrutífero, pois além de não absorvemos de forma satisfatória os conteúdos, seja pela falta de atividades práticas e até mesmo pelo método ativo que demanda muito tempo de pesquisa (CYRINO, et al., 2004). Com isso, o tempo em frente ao computador aumentou durante as atividades remotas, consistia em horas de aula e horas de pesquisa e mais horas desenvolvendo trabalhos. Isso, de fato, desgastou-nos mais ainda. Porém, nós temos ainda uma breve sensação de vitória, a qual é devido à resiliência em persistir e permanecer no curso, buscando tempo para desenvolver nossas atividades acadêmicas e pessoais. Contudo, não podemos excluir o desgaste mental, físico e uma possível síndrome de Burnout que toda essa situação de persistência na pandemia nos oferece (PERNICIOTTI *et al*.,2020).

Ademais, antes da confirmação do retorno presencial, nós compreendíamos que tal medida seria melhor para a nossa situação. Entretanto, entendemos que isso se tratava de mais uma projeção, mais uma expectativa criada para escaparmos de uma realidade cansativa e cheia de déficits irreparáveis. Isso, pois, refletindo sobre um possível retorno, já nos deparávamos com todo o histórico de frustrações com a Faculdade, por toda a instabilidade que vivenciamos e com as propostas de reposições oferecidas. Assim compreende-se a situação:

> pesquisas que analisaram o impacto psicológico da quarentena em epidemias prévias, reporta que a maioria dos estudos verificou efeitos psicológicos negativos, e que os principais fatores de estresse identificados foram a duração da quarentena, o medo da infecção, os sentimentos de frustração e de aborrecimento, a informação inadequada sobre a doença e seus cuidados, as perdas financeiras e o estigma da doença. Os estudos revistos relatavam a ocorrência, nas pessoas em quarentena, de sintomas psicológicos, distúrbios emocionais, depressão, estresse, humor depressivo, irritabilidade, insônia e sintomas de estresse pós-traumático. Outros aspectos que vêm sendo identificados como estressores na pandemia de COVID-19 são a veiculação de informações falsas e sem base científica, as notícias alarmantes e o excesso de tempo dedicado às notícias sobre a pandemia, além de condições bastante

> concretas de falta de alimentos, de recursos financeiros e de medicação para outras doenças. (BARROS, 2020, *apud*. BROOKS *et al*.,2020)

O retorno presencial traz um bom sentimento para nós, mas o vemos sem idealizá-lo, pautamo-nos na realidade que a Faculdade nos mostrou. Por isso, há uma sensação paradoxal em nós, um contentamento, por retornar às atividades práticas, por sair um pouco da tela do computador, por ter contato com outras pessoas, e um descontentamento, por não nos sentirmos preparados, por vermos que temos uma bagagem técnica baixa, ainda mais quando comparada com outras instituições, por sabermos que seremos mais sobrecarregados com as reposições, podendo não aproveitá-las muito bem.

Portanto, vemos que a nossa experiência em tempos de pandemia, de certo modo, contribuiu para a nossa formação, mas também nos mostrou que o retorno presencial, apesar de ser um alívio, está longe de ser o desejado e idealizado. Isso, pois todas as condições que afetaram a nossa qualidade de ensino, principalmente a falta de tempo e a sobrecarga, aumentaram em nós a ansiedade e a preocupação com a nossa qualidade de formação, levando-nos a nos questionar que tipo de profissional seremos. De outro modo, concluímos, também, que o contato humano e olhar positivo são essenciais para continuarmos o nosso caminho, o que nos traz um conforto em relação ao retorno.

REFERÊNCIAS

[1] BARROS, Marilisa et al. Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília,v.29, n.4, 2020. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679497420200004000 21&. Acesso em: 24 de outubro de 2021.

[2] CYRINO, E. G.; TORALLES-PEREIRA, M. L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, pp. 780-788, 2004.

[3] DONG, Ensheng et al. An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. The Lancet Infectious Diseases, [S.L.], v. 20, n. 5, pp. 533-534, maio 2020. Elsevier BV. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1016/s1473-3099(20)30120-1. Acesso em 20 de outubro de 2021.

[4] PERNICIOTTI, Patrícia et al. Síndrome de Burnout nos profissionais de saúde: atualização sobre definições, fatores de risco e estratégias de prevenção. Rev. SBPH, São Paulo, v. 23, n. 1, pp. 35-52, jun. 2020 . Disponível em:http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151608582020000100005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 21 de outubro de 2021.

[5] TEIXEIRA, Larissa de Araújo Correia et al. Saúde mental dos estudantes de Medicina do Brasil durante a pandemia da coronavirus disease 2019. Jornal Brasileiro de Psiquiatria [online]. 2021, v. 70, n. 1, pp. 21-29. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0047-2085000000315. Acesso em 18 de outubro de 2021.

Capítulo 7

VULNERABILIDADES NA PEDIATRIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Carla Jaciara Baraúna de Oliveira

O retorno às atividades práticas foi permeado de incertezas e medos, contudo poder vivenciar na prática o que estudamos até então só em teoria, é realizador. Ademais, algumas experiências nos marcam mais que outras; felizmente a maioria de modo positivo.

Durante o atendimento no ambulatório de pediatria uma mãe vinda de uma pequena cidade do entorno de Uberlândia trás seu filho ao Ambulatório do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, para consulta de retorno.

Ao ler os dados da consulta anterior verifico que o paciente estava com baixo crescimento e pela investigação foi apontado que havia um erro alimentar configurado como baixa ingesta proteica, o que acarretava prejuízo ao crescimento pondero-estatural da criança.

Ao checar a adesão ao tratamento e orientações feitas na consulta anterior questiono a mãe se tem sido ofertados alimentos proteicos na frequência e quantidade orientada e ainda se a criança tem tido boa aceitação; para minha surpresa a mãe diz que não consegue ofertar a quantidade de proteína sugerida devido às limitações financeiras e que a criança aceita muito bem quando a mãe consegue oferecer. Assim, tendo sido feitos outros questionamentos protocolares da consulta pediátrica sigo para o exame físico em que constato o atraso no crescimento e que não houveram mudanças positivas desde a última consulta.

Ademais, fico em uma situação de franco desconforto frente a vulnerabilidade social da mãe a despeito do que o tratamento do filho requer, realidade esta comum em muitas famílias e que foi exarcebada no contexto da Pandemia de COVID-19 (DE OLIVEIRA, 2022).

Buscando uma solução exequível remeto-me ao programa público de distribuição de fórmulas para crianças com alergia a proteína do leite; este que fornece fórmulas ricas em outras proteínas, aminoácido, polipeptídeos para evitar quadros alérgicos nessas crianças. Assim, comecei apresentando o problema e a ideia alternativa de resolução à médica preceptora que me orientou ao que deveria ser feito para ter êxito em tal e assim com muita motivação inicie a busca. Verifiquei que para ter direito ao recebimento da fórmula a criança deveria ser incluída no Programa Público de Dispenção de Fórmulas Especiais e para tanto passar por nova consulta com a equipe que faz a gestão do programa e no caso de comprovada necessidade a criança receberia a fórmula. Ao apresentar o caso para a pediatra chefe do programa ela ficou sensibilizada, disse que o paciente teria que seguir os trâmites da inclusão no processo mas que teria grandes chances de ser incluso.

Consoante a isto, orientei a mãe sobre a alternativa e o que deveria ser feito, ela muito feliz com a possibilidade perguntou se já poderia levar uma lata de uma das fórmulas, sabendo que alguns representantes de marcas de fórmulas a parte do programa público haviam estado no ambulatório tratei de buscar uma para mãe que ao receber ficou emocionada. Outrossim, a criança que tinha 9 anos demonstrava entender tudo que se passava e demonstrava um certo constrangimento pela sua condição de vulnerabilidade; com uma boa escolha vocabular expliquei a ela como as coisas se resolveriam e que aquilo a ajudaria inclusive no desempenho na escola, dado que uma alimentação mais adequada auxilia no desenvolvimento das funções cognitivas (GARGIULO, 2021).

Percebi com esta experiência o quanto tenho que aprender sobre como as condições socioeconômicas podem intervir em um tratamento, acredito que a mãe já sabia que não poderia arcar com os custos da dieta orientada ao filho já na primeira consulta, mas só pode se expressar quando a consulta foi propicia para isto. Verifico também que devo estudar mais sobre linguagem não verbal dado que tendo pouco conhecimento disto tive poucas habilidades de melhor me comunicar com os pacientes e ele pode ter expressado por linguagem corporal informações úteis ao seu caso que me passaram despercebidas (SANTOS, 2022). Acredito que poderia ter feito mais por aquela criança e fico pensativa por não dispor de informações que pudessem ajudá-lo melhor; como por exemplo se o Estado poderia prover algo além do ofertado e se a escola que ele estuda fornece ao menos o necessário para auxilia-ló no seu pleno desenvolvimentos (BULHÕES); frente a minha impotência sobre este caso e depois de muito refletir decidi me munir de informações concernentes a tudo que o envolveu para melhor atender casos semelhantes.

REFERÊNCIAS

[1] DE OLIVEIRA, Ana Paula Saraiva et al. PEDIATRIA EM TELA-ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA EM TEMPO DE PANDEMIA. Caderno Impacto em Extensão, v. 2, n. 1, 2022.

[2] GARGIULO, Adriana Hefti; DE QUEIROZ MELLO, Ana Paula. Experiência de Implantação de um Programa de Educação Alimentar e Nutricional para Pré-escolares. O Mundo da Saúde, v. 45, n. s/n, p. 162-174, 2021.

[3] SANTOS, Vitor. Linguagem corporal: Guia prático para analisar e interpretar pessoas. Fontanar, 2022

[4] BULHÕES, Brenno Santos. Estratégias educativas nutricionais aplicadas a alimentação escolar na educação infantil: revisão integrativa. 2021.

Capítulo 8

CONSEQUÊNCIAS DO ENSINO À DISTÂNCIA IMPOSTO PELA PANDEMIA DE COVID-19 NA EDUCAÇÃO MÉDICA NA PERSPECTIVA DOS ESTUDANTES: DESAFIOS E MUDANÇAS

Clarice Pereira Sales Oliveira, Juan Nicholas Cabral de Andrade Felipe, Rodrigo Evangelista Araújo Oliveira

Após 1 ano e 6 meses afastados das atividades presenciais, em decorrência da pandemia pelo novo Coronavírus, nós, estudantes do atual quarto período, tivemos que redirecionar nossa atenção e esforços, os quais antes estavam focados em tentar manter a sanidade e aproveitar o possível das aulas teóricas à distância, para um desafio que gerou um sentimento de insegurança não só para nós, mas para diversos colegas: colocar em prática o que aprendemos no período remoto e lidar com pacientes. Afinal, para estudantes os quais passaram mais tempo em frente às telas dos computadores, é apenas natural que eles se sintam incapazes de realizar anamneses, exames e manobras, uma vez que, ao longo de 2 anos de faculdade, jamais tiveram contato com pacientes. Nesse sentido, Quintana et al (2008) concluiu que a falta de conhecimento durante a formação é uma das grandes motivações da angústia do estudante de medicina durante o ciclo básico, visto que no início do curso as matérias são muito teóricas, despertando inseguranças quanto à atuação prática. No caso do curso de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, essa insegurança foi despertada nos alunos por uma ausência da vivência prática gerada pela necessidade do isolamento durante a pandemia da Covid-19. Enquanto aprendíamos sobre conteúdos práticos relativos à semiologia, não tínhamos nenhuma experiência quanto à aplicabilidade dos conceitos apresentados.

Verdade seja dita, é inegável que o período remoto desmotivou nossos estudos em semiologia, uma vez que ver imagens de sinais, videos de manobras, ou, muitas vezes, apenas a teoria, não é nada como ver, tocar e conversar com o paciente para entender melhor não só sua condição física, mas também como a sua doença impacta em seu bem-estar psicológico. No entanto, acreditamos que poderíamos ter tentado prestar mais atenção e nos esforçarmos mais para aprender o que nos foi ministrado durante nossos segundo e terceiro períodos à distância. Segundo Fonseca et al (2020), na atual pandemia foi registrado um aumento nos níveis de ansiedade, depressão e estresse dos estudantes universitários, especialmente jovens. É importante destacar que esse grupo já é considerado uma população de risco para o desenvolvimento de perturbações mentais. Assim, podemos atribuir parcialmente nossas inseguranças quanto aos conhecimentos adquiridos nesse período a fatores que vão além do ensino à distância.

Porém, felizmente, para contrabalancear o peso da desmotivação e a perda natural da qualidade do ensino remoto, tivemos preceptores extremamente aplicados, os quais nos ajudaram, mesmo que em um tempo reduzido e muito aquém do necessário, a relembrar conceitos e manobras e a perdermos um pouco dessa insegurança, de modo que nos faltava apenas estufar o peito e “encarar” os pacientes.

Felizmente, lidar com pacientes é muito mais tranquilo do que imaginávamos antes de o fazermos. Em geral, os pacientes internados no HC-UFU sabem que estão em um hospital-escola e, por isso, estão dispostos a deixarem seus corpos serem examinados e

suas histórias a serem exploradas, como um determinado paciente o qual estava internado devido a um aneurisma de aorta, o qual nos deixava observar, auscultar e palpar todas suas alterações, além de nos contar toda sua rica história e de fazer o que talvez seja o mais fundamental para entendermos que lidar com o paciente não é um bicho de sete cabeças: conversar conosco como qualquer um. Afinal, o paciente, antes de ser paciente, é uma pessoa, e foi conversando com esse senhor, ouvindo-o falar sobre como conseguia ouvir uma música e tocá-la de ouvido na sanfona, que começamos a entender que o paciente é uma pessoa como nós, que começamos a ter mais confiança em nós mesmos não só para lidar, mas para praticar aquilo que nos foi ensinado, nos dando assim, um sentimento reconfortante.

No entanto, não podemos nos iludir achando que todos os pacientes estarão dispostos como esse senhor, alguns, principalmente aqueles com grandes desconfortos como dores, poderão não ser tão educados e não irão querer conversar ou deixar que nós os examinemos, o que é direito deles. Quintana et al (2008) descreve que a falta de preparo sentida pelo estudante faz com que o primeiro contato com o paciente, muitas vezes esperado, se torne uma experiência frustrante ou traumática para o estudante. Cabe a nós respeitarmos e aprendermos a lidar com esses pacientes mais “difíceis”, seja para conduzirmos uma anamnese ou um exame físico de forma respeitosa, ou seja para não nos deixar que essa “rejeição” nos coloque para baixo, de modo que coloquemos ainda mais em dúvida a nossa capacidade.

No eixo reflexivo tivemos contato com alguns assuntos de suma importância para a formação médica, diante disso, interpretar e agir da forma correta diante de situações de atendimento (e suas subjetividades) é, sem dúvidas, um dos principais conhecimentos adquiridos até o momento. Levando em consideração que no encontro entre duas pessoas, uma relação afetiva é estabelecida (LUCCHESE), o médico é o alvo principal de muitos sentimentos, tensões e projeções (negativos ou positivos) por parte do paciente e, da mesma forma, o profissional reage a essa situação e demonstra subjetivamente seus sentimentos acerca da situação ou do paciente, são os conceitos de transferência e contratransferência. Dessa maneira, é importante que o estudante, desde os estágios iniciais do aprendizado, tenha ciência dessa realidade e aprenda a compreender esse lado psicológico das abordagens, prezando pelo autoconhecimento e na análise da diversidade de contextos existentes em cada entrevista médica. O contato com o ambiente dos hospitais e com aqueles que se encontram em vulnerabilidade de saúde, então, é indispensável para o desenvolvimento, de fato, do profissional de saúde.

REFERÊNCIAS

[1] LEÃO, Andrea Mendes et al. Prevalência e fatores associados à depressão e ansiedade entre estudantes universitários da área da saúde de um grande centro urbano do Nordeste do Brasil. Revista Brasileira de Educação Médica, Brasília, v. 42, n. 4, p. 55-65, 2018.

[2] Lucchese, Ana Cecilia, Abud, Cristiane Curi e De Marco, Mario AlfredoTransferências na formação médica. Revista Brasileira de Educação Médica [online]. 2009, v. 33, n. 4

[3] QUINTANA, Alberto Manuel et al. A angústia na formação do estudante de medicina. Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 7-14, 2008.

Capítulo 9

IMPACTOS DA PANDEMIA NA FORMAÇÃO MÉDICA: A IMPORTÂNCIA DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

Leonardo Peixoto Garcia, Joaquim Adélio de Oliveira Neto, Nayara Paula Silva Cunha

Com o retorno às aulas práticas presenciais do curso de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia após o início da Pandemia da COVID-19, totalizando um período de isolamento social de quase 1 ano e 6 meses, nós, estudantes do quarto período, enfrentamos diversos desafios. O maior desafio, para nós, é o estabelecimento de uma relação efetiva com o paciente, haja vista a insegurança e a ansiedade que perpassam nossas ações. Isso porque, a relação médico-paciente perpassa o encontro situacional entre esses dois sujeitos, sendo algo maior do que fazer perguntas e exames físicos, exigindo habilidades técnicas e pessoais (DA COSTA; DE AZEVEDO, 2010). Com isso, notamos que tanto nossas habilidades técnicas quanto pessoais estavam sendo avaliadas com o retorno das atividades práticas, gerando uma imensidão de inseguranças. Interessante, porém, foi o momento em que tivemos o contato com um paciente específico nas aulas práticas de Semiologia e esses sentimentos se atenuaram, mas não desapareceram. Torna-se importante, então, a reflexão deste momento específico para compreendermos melhor nosso comportamento e desenvolvermos maneiras de agir que otimizem tais práticas pessoais e técnicas.

Inicialmente, não é possível compreender a surpresa que tivemos com tal anamnese se não refletirmos sobre nossos sentimentos desde o início da Pandemia da COVID-19. Com a paralisação da Universidade Federal de Uberlândia no dia 17 de Março de 2020, seguindo as orientações da Organização Mundial da Saúde, nós, estudantes, ainda não sabíamos o que estava para acontecer. Infelizmente, a COVID-19 causou milhões de mortes pelo mundo e, em meio a tantos sentimentos, como medo, insegurança, ansiedade e incertezas, em Agosto de 2020, deu-se início às Atividades Acadêmicas Remotas Emergenciais. Neste período, nós cursamos a disciplina de Atividade Sensoriais e Reflexivas II, no qual o tema principal era a relação médico paciente. Ao mesmo tempo em que nos tranquilizamos quanto ao retorno das atividades acadêmicas à distância, a ansiedade quanto a aplicação desses conceitos na prática aumentava, já que grande parte do conteúdo era desenvolvido através da leitura e do desenvolvimento de questões de aprendizagem. Essa insegurança quanto à comunicação e ao estabelecimento de uma relação médico-paciente efetiva aumentou quando as aulas teóricas de Semiologia retornaram no ensino à distância (EAD). Nós estudantes, nos questionamos diariamente: Como aprender sobre sinais e sintomas, e, principalmente, como questioná-los ao paciente, sendo que nunca nem tivemos tal contato? E nunca desenvolvemos na prática essa finalidade de entendimento aliado à própria relação médico-paciente?

Com toda a incoerência entre um ensino de prática médica voltado para a relação médico paciente e as aulas estritamente online, nos sentimos desmotivados e, mesmo que inseridos em uma rotina de estudos, ainda sentíamos a falta do contato e da criação da relação que tanto era dito. Nesse contexto, podemos ver diversos artigos feitos nos últimos meses acerca dos desafios do ensino médico durante a Pandemia da COVID-19, o

uso de inúmeras plataformas digitais, a prática da palestra virtual, a oferta de cursos gratuitos de aprimoramento em conceitos, a repetição de matérias e a gravação de aulas e apresentações, foram uns dos artifícios utilizados neste período de ensino (SANTOS, 2020), o que de fato ampliou as possibilidades, mas não resolveu as nossas inseguranças. Além disso, em meio a tantos sentimentos sobre o que acontecia no mundo, e sobre o nosso futuro como médicos, a pressão só aumentava quando víamos nossos horários sendo repletos por aulas online em confronto com as exigências de um curso da área da saúde, baseado em atividades práticas, segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.

Entretanto, a sensação de incapacidade e inadequação era bastante comum no nosso cotidiano, pois estando longe da nossa universidade e da nossa rotina habitual, tínhamos dificuldade em nos mantermos produtivos, o que levou a uma queda significativa da nossa capacidade de concentração e da carga horária nos estudos. Notamos, ainda, que quando essa queda de desempenho ocorre na busca de conhecimento em um curso onde somos extremamente exigidos e sob pressão, como na medicina, automaticamente passamos a nos comparar com outros colegas que, transparecem as suas dificuldades e aparentam continuar mantendo um bom desempenho. Ademais, há uma sensação tremenda de que não poder manter o entusiasmo pelo conhecimento de antes da pandemia nos colocará em desvantagem no processo de recrutamento para residências médicas, principalmente porque, como já foi dito, a comparação com outros colegas é inevitável.

Com o retorno misto das atividades de ensino, um cenário em especial nos marcou e transformou, de certo modo, nossos sentimentos supracitados e nossa insegurança que só cresciam desde o início da Pandemia da COVID-19. Por conta das aulas de Semiologia, tivemos contato com um paciente que nos permitiu construir uma relação médico paciente efetiva e carregada de empatia por ambos os lados, reduzindo nossa insegurança. O paciente tinha 23 anos, estudante de engenharia mecânica, e nos recebeu com a empatia e a atenção de um estudante que compreende a insegurança de outro, e que entende como a construção do conhecimento acontece, principalmente com as exigências da área da saúde e a necessidade do contato médico paciente. No início da anamnese, quando um de nós perguntou se ele não se importava em responder algumas palavras, ao notar nosso tom ansioso e preocupado, ele disse: "Imagina, podem perguntar o que quiser, sou estudante também, sei o que a gente passa". Além disso, em outro momento, já no exame físico, ao perguntarmos se poderíamos prosseguir com o exame e afirmando que ainda estávamos aprendendo, ele afirmou: "Relaxem, estamos todos entre estudantes aqui, só a gente sabe como é", e riu. A partir disso, fomos ganhando mais confiança e pudemos realizar um exame físico bom com as devidas técnicas que aprendemos nas aulas online. Começamos a entender, que nós estudantes passamos por momentos cada vez mais importantes em nossa formação, que nos ajudam a construir a segurança e a confiança que buscamos no dia a dia, e um desses momentos foi o contato com esse paciente internado na enfermaria.

Devemos colocar em pauta esse tema fundamental para a prática clínica que é a relação médico-paciente, e chamar atenção sobre os aspectos referentes à inserção dessa temática na educação médica. Uma compreensão mais ampla do paciente e de suas necessidades não se limita a apenas a técnica, mas se relaciona na importância de um aprendizado mais amplo na área de humanidades, que se expressará nas ações e comportamentos adotados nessa relação (GROSSEMAN; PATRÍCIO, 2004). Assim, a inserção do ensino na relação médico-paciente deve ocorrer de duas maneiras. Do ponto

de vista teórico, é fundamental introduzir no currículo conhecimentos específicos das humanidades, cujo conteúdo incida nas relações entre estes atores, como a psicologia, a sociologia, a antropologia e a comunicação. Mas o mais importante, isso seria para a prática onde seriam observadas as consultas conduzidas pelos alunos, e neste caso a relação médico-paciente é repassada aos alunos através dos professores, que se cristaliza no estudante ao longo dos anos; portanto, é importante que a discussão e o ensino da relação médico-paciente comecem o mais cedo possível no programa médico de maneira prática.

Importante ressaltarmos, ainda, que nossa formação é pautada em humanidades, além de disciplinas essencialmente médicas, como preconizado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina: incluir dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania. Dessa maneira, imaginamos como seria nossa formação caso não tivéssemos contato com tais ciências, haja vista que os conhecimentos médicos não são suficientes para o estabelecimento de uma relação médico paciente efetiva, assim como para uma compreensão holística do processo saúde-doença, o qual deve levar em conta características sociais, culturais, comportamentais e psicológicas. No episódio relatado, foi de extrema importância nossa compreensão acerca dos fatores biopsicossociais do paciente. Isso porque, em outras anamneses, principalmente com pacientes mais velhos, nos sentimos inibidos e temos toda aquela carga sentimental trazidas à tona, porém, ao compreendermos o que o paciente sente ou ainda todos os sentimentos que ele projeta em nós, podemos lidar melhor com a situação. Em outras palavras, termos recebido o reconhecimento daquele paciente, o qual se identificou com a nossa figura de estudantes, foi de extrema importância para o estabelecimento de uma relação médico-paciente. Assim, compreendemos que ao exercemos empatia e buscarmos compreender o paciente de uma forma completa, poderemos nos identificar com ele como seres humanos e sujeitos, consolidando uma relação médico-paciente.

Ademais, uma discussão que surgiu em nossos diálogos e reflexões após esse episódio foi a questão da transferência e contratransferência, tema trabalhado na disciplina de Atividades Sensoriais e Reflexivas IV. A transferência consiste no processo no qual o paciente leva para a consulta sentimentos e conflitos de relações anteriores, podendo ser negativa ou positiva, a depender da conduta do médico e de como procederá a troca de informações e a forma de acolhimento naquele momento. E por outro lado, a contratransferência, na qual o profissional da saúde transfere para o paciente os aspectos afetivos profissionais e o próprio acolhimento citado na transferência, sendo, portanto, uma troca de informações e a base da relação médico paciente. A partir disso, pudemos compreender como lidar com tais sentimentos e, em nosso caso especial, lidando com a ansiedade, encontramos que o médico deve evitar a sobrecarga de ansiedade através de atitudes, gestos, expressões fisionômicas e palavras para possuir uma ação psicoterápica em relação aos seus pacientes (NOGUEIRA-MARTINS; NOGUEIRA-MARTINS, 1998) com o objetivo de estabelecer uma zona de conforto para que o paciente recupere a sua capacidade, única e subjetiva, de compreender, elaborar e integrar o primeiro contato, que em grande parte dos casos tem como contexto a situação dolorosa ou patológica. Assim, após esse primeiro contato, uma relação efetiva pode ser construída, melhorando o tratamento e o cuidado ao paciente.

Portanto, nós estudantes nos surpreendemos e muito com o retorno às atividades práticas presenciais. Em meio a tantos sentimentos como insegurança, medo e incertezas, pudemos ver como ocorre a construção de uma relação médico paciente efetiva. Tudo isso

através da empatia e, também, do reconhecimento tanto do médico quanto do paciente de que aquele momento, além de poder ser terapêutico, é um momento de aprendizagem. Para nós, estudantes e futuros médicos, ficamos muito mais tranquilos ao vermos que embora tivéssemos passado muito tempo em aulas online e dinâmicas virtuais, fomos capazes de realizar uma anamnese e um exame físico de maneira agradável e correta. Por fim, acreditamos que há mais segurança e motivação em nossas ações após esse episódio.

REFERÊNCIAS

[1] BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução Nº. 3 de 20 de junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 23 jun. 2014; Seção 1, p. 8-11.

[2] DA COSTA, F.D.; DE AZEVEDO, R.C.S. Empatia, relação médico-paciente e formação em medicina: um olhar qualitativo. Rev. Bras. Educ. Méd., v. 34, p. 261-269, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbem/a/DXLm4sxwdBNtjGcvBCSZrSJ/abstract/?lang=pt. Acesso em: 01 nov. de 2021.

[3] GROSSEMAN, S.; PATRÍCIO, Z.M. A relação médico-paciente e o cuidado humano: subsídios para a formação da educação médica. Rev. Bras. Educ. Méd., v.28, n.2, p.99-105, 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbem/a/YnNgZm4vRCgPxbQhvNWgj3k/?lang=pt. Acesso em: 1 nov. de 2021.

[4] LUCHESE, A. C.; ABUD, C. C.; DE MARCO, M. A. Transferências na formação médica. Rev. Bras. Educ. Méd. 2009, v. 33, n. 4, pp. 644-647. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0100-55022009000400015. Acesso em: 21 out. de 2021

[5] NOGUEIRA-MARTINS, L.A., NOGUEIRA-MARTINS, M.C.F. O exercício atual da Medicina e a relação médico-paciente. Rev. bras. clín. ter., v. 24, n.2, p. 59-64, jun.1998. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-217279. Acesso em: 12 set. de 2021.

[6] SANTOS, B. M. et al. Educação médica durante a pandemia da Covid-19: uma revisão de escopo. Rev. Bras. Educ. Méd., v. 44, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbem/a/8bxyBynFtjnSg3nd4rxtmhF/?lang=pt. Acesso em: 1 nov. de 2021.

Capítulo 10

O ENSINO MÉDICO E A SAÚDE MENTAL DOS ESTUDANTES DE MEDICINA NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19

Gabriel Valdisser Jaculi Teixeira Bento,
Glauber Mota Pacheco, Lucas Ferreira Cesar

A pandemia causada pelo vírus SARS – CoV-2 revolucionou a maneira como a sociedade legitima seus valores comunitários e, principalmente, a conduta vinculada à natureza humana (MÉLLO*, et al.,*2021). Observa-se, primeiramente, como a dimensão da reestruturação da sociedade em consonância ao combate à proliferação dos casos de infecção pelo COVID-19 evidenciou a fragilidade do ser humano em relacionar a saúde mental às suas intercorrências psicossomáticas. Obstante ao fato, 2020 foi um ano que figurou como um marco na reinterpretação dos valores e das percepções acerca da saúde mental e, diante desse fato, veicular a nossa fragilidade, enquanto estudantes e futuros profissionais da saúde, nas possíveis consequências sobre nossa condição mental e física, foi evidentemente irrecusável.

As transformações sociais e sanitárias vincularam uma demanda para o refazer pedagógico, o que somou ao psicológico, de nós estudantes, os piores anseios e expectativas. Outrora, discutir como o curso de medicina figurou como protagonista nesse âmago denomina, invariavelmente, umas das maiores controvérsias íntimas ao fazer educação: Como alinhar o ensino remoto a um curso essencialmente prático? Logo, o retrato a ser consolidado nesse relato assenta-se, acima de tudo, em três discussões sumárias; o curso de medicina, a saúde mental dos estudantes, e a contrapartida pedagógica oriunda da relação entre ambos. (OLIVEIRA, *et al.,*2020).

Dessa forma, gostaríamos de ressaltar que é sabido que a pandemia interpolou diversos aspectos primordiais na presunção dos valores educacionais, ou seja, a vida além dos muros da universidade, a relação discente-docente, a capacidade de aprendizagem e, principalmente, de retenção técnica dos assuntos técnicos foram afetados sem sombra de dúvidas. Trata-se, portanto, de evidenciar que esses elementos supracitados são disparadores para o desenvolvimento de distúrbios mentais como ansiedade, depressão, estresse, abuso de drogas licitas e ilícitas, assim como, a tão discutida Síndrome de Burnout entre os profissionais de saúde, entre outras enfermidades (CERCHIARI *et al.,* 2020).

Outrossim, as evidentes percepções do desenvolvimento de crises de ansiedade figuram como produto da ausência de perspectiva acerca do progresso do curso de medicina e sua organização para com o retorno presencial das atividades práticas – condição inerente à formação de um profissional de qualidade e amparado legalmente por diversas resoluções do Conselho Federal de Medicina. Dentro desse ambiente, preenchido por aulas em formato remoto, o retrato mais fidedigno alinhado à nossa condição de estudante foram infindáveis tentativas de recuperar a bagagem técnica que nos fora extirpada; dizemos isso, sem sombra de dúvidas, pois, evidentemente, o cotidiano do convívio online nos fora mais prejudicial do que sua contrapartida. Nota-se que a compreensão anacrônica que nos foi imposta não está vinculada exclusivamente ao

período pandêmico, a realidade do curso não resguarda mais a tradição satisfatória vivida por nossos pares em anos anteriores e, tampouco, cria ambiente favorável visto a modalidade híbrida inerente ao currículo vigente do curso. O que gostaríamos de frisar com essa crítica? Empiricamente, o curso não predispõe de qualidade curricular, como supracitado; infindáveis horas de estudo para uma metodologia ativa (CYRINO, et al., 2004) que mais sobrecarrega e extirpa horas de estudo de eixos técnicos que, teoricamente, seriam a fundação para a consolidação do conhecimento esperado de um aluno oriunda de uma universidade de renome, do que compõe um facilitador para o almejado com a proposta pedagógica do currículo.

Notadamente, os reflexos desse aspecto são, num primeiro momento, ansiedade, insatisfação e tristeza ao não suprir o básico proposto por um curso de alta carga prática, enquanto, num segundo momento, problemas mentais que reverberam sob formas psicossomáticas graves ao estudante de medicina, exemplificam como a solução para tais entraves não condiz com o proposto pela universidade. Logo, partilhamos de uma outra visão: trancamento do curso se sobressaía como uma ferramenta de precaução ante o prejuízo incontestável das ações tomadas frente aos estudantes e, acima de tudo, se viabilizava como único mecanismo que o estudante gozava de pleno direito.

Neste momento, usufruímos de um modelo híbrido de ensino remoto e tentativas falhas de suprimento das atividades práticas perdidas ao longo da pandemia. Observamos concomitante ao fato, a necessidade das redes de relacionamento e dos meios de comunicação virtual para o período de isolamento e, nesse sentido, observamos que a complexidade trazida pela relação dependente do meio virtual agravou, não somente, a capacidade de discernimento e compreensão da realidade, mas também, a forma como lidamos com o convívio social, como resolvemos problemas do cotidiano inerentes à vida acadêmica e, acima de tudo, evidenciou a trama excludente que a disparidade socioeconômica impunha diante dos nossos olhos. O relato proposto por nós, estudantes de medicina, são relacionados às mazelas mentais decorrentes ao isolamento e a gravidade do quadro pedagógico percebido em nosso curso, como também, os problemas sociais inerentes às relações supérfluas e totalmente dependentes do meio virtual, que se tornou uma espécie de grilhão no meio antropológico concomitante à frustração pela conduta do curso (BOODMAN *et al.,* 2020)

Evidentemente, um entrave explícito que muito nos incomodava foi o convívio diário com negativas ao retorno presencial e, posteriormente, às práticas. Obviamente, intrínseco à nossa natureza, a busca por um parâmetro, por um comparativo nos imputou sentimentos além daqueles inerentes ao isolamento, mas também, proporcionou uma espécie de revolta ao ver colegas e pessoas próximas com uma evolução crescente nos retornos presenciais e, em nossa universidade, o convívio diário com o atraso, com a dúvida e, invariavelmente, com a certeza de um tempo perdido que seria solapado diante de um retorno conturbado e comprimido diante da tentativa do resgate das atividades perdidas. Percebe-se, nitidamente, e não apenas como um reflexo hermenêutico de nós estudantes, que a universidade pecou e segue pecando frente à manutenção de um modelo inviável para a nossa "nova realidade".

De forma conclusiva, observamos nosso retorno gradual, não apenas ao convívio com nossos pares, mas também, com nossa realidade prática que jamais aconteceu de forma satisfatória. Convivemos, nesse momento, com um fluxo de informações técnicas perdidas ao longo de uma paralisação de cerca de um ano e, por mais que aconteça, nesse momento, o resgate das atividades práticas de períodos anteriores, nossa percepção assenta-se, mais sobre a expectativa de usufruirmos da integralidade do ensino de

excelência que a universidade dispõe, do que efetivamente o ensino em si qualificado. Tentamos, por meio de um esforço hercúleo, junto a diversos docentes, nos amparar frente à transfiguração do individual a fim de preservar nossa saúde mental e, de certo modo, através do nosso parcial retorno presencial evitar a individualização da responsabilidade pelo fracasso da aprendizagem. Logo, nos mantemos esperançosos pelo reinício das nossas atividades. Outrora, percebe-se que

> A prevalência de transtornos mentais oscila de acordo com o período do curso, segundo alguns autores. Discentes pertencentes ao ciclo básico e clínico, compreendendo os 4 primeiros anos da graduação, demonstram maior incidência de desordens psiquiátricas, ao passo que graduando dos 2 últimos anos apresentam situação inversa com menores taxas. Discentes pertencentes ao ciclo básico e clínico, compreendendo os quatro primeiros anos da graduação, demonstram maior incidência de desordens psiquiátricas, ao passo que graduando dos dois últimos anos apresentam situação inversa com menores taxas (SILVA *et al*.,2020).

Portanto, cabe ressaltar que embora a realidade cada vez mais vívida do convívio com as mazelas mentais entre os estudantes de medicina seja significativa, é importante ressaltar que a nossa experiência diante da pandemia depende de ser superada por meio da aplicação dos valores curriculares essenciais ao ensino médico: o funcionamento do corpo humano, nossa conduta semiotécnica diante das patologias inerentes ao ser humano, o conhecimento da fisiologia, da anatomia e entre outros mecanismos que promovem uma formação assertiva e qualificada, assim como preconizado pelas instâncias que regem o ensino médico. Diante disso, devemos nos pautar na dúvida a fim de refletir acerca dos nossos valores para figurarmos como protagonistas nesse retorno efetivo das nossas aulas.

REFERÊNCIAS

[1] SILVA, Andreia et al. O impacto psicológico da pandemia de COVID-19 nos acadêmicos de medicina da região de Carajás. Brazilian Journal of Health Review, v. 3, n. 6, pp. 19731-19747, Curitiba, 2020.

[2] BOODMAN, C.; LEE, S.; BULLARD, J. Idle medical students review emerging COVID-19 research. Medical Education Online, v. 25, n. 1, 2020.

[3] CERCHIARI, Ednéia Albino Nunes, et al. Prevalência de transtornos mentais menores em estudantes universitários. Estudos de Psicologia, v. 10, n. 3 pp. 413-420, Natal, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2005000300010>. Acesso em: 25 de outubro de 2021.

[4] CYRINO, E. G.; TORALLES-PEREIRA, M. L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, pp. 780-788, 2004.
MÉLLO, Lívia Milena Barbosa de Deus et al. Agentes comunitárias de saúde: práticas, legitimidade e formação profissional em tempos de pandemia de Covid-19 no Brasil. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2021, v. 25, n. Supl. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.210306>. Acesso em: 28 de outubro de 2021.

[5] OLIVEIRA RM DE, CORRÊA Y, MORÉS A. Ensino remoto emergencial em tempos de covid-19: formação docente e tecnologias digitais. Rev Int Form Profr, 2020.

Capítulo 11

MANEJO DO TEMPO: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS PARA ALUNOS DE MEDICINA DURANTE O RETORNO PRESENCIAL

Jadson Leandro Alves de Morais, Jair Rosa Pascoal, Laura Paranhos Couto da Costa

A pandemia de COVID-19 trouxe grandes desafios para o ensino médico, especialmente para nós, alunos de medicina do 4º período da turma 94 da Universidade Federal de Uberlândia. Diante do cenário epidemiológico em 2020, com o objetivo de preservar a saúde de estudantes e servidores, a Universidade deliberou sobre a suspensão das aulas presenciais. Nossa turma havia vivenciado apenas um período de atividades presenciais do curso e logo teve que se adaptar ao ensino à distância, que veio depois de alguns meses do início da pandemia. Essa mudança trouxe-nos muitas dificuldades de adaptação ao novo modelo de ensino aprendizagem ofertado a nós por meio de aulas online.

Após quase dois anos de dificuldades relativas à pandemia e a esse novo processo de aprendizado remoto, nos encontramos, neste final de 2021, com a volta de parte das aulas na sua forma presencial. Essa mudança deixou-nos, em parte, muito felizes, mas também muito preocupados com esse retorno. A nossa felicidade foi decorrente do fim de um período marcado pela incerteza de nossa formação em medicina, já que o modo totalmente remoto do curso não nos permitia desenvolver as habilidades exigidas na prática médica. Porém, essa volta também nos deixou com sentimento de aflição e insuficiência, pois a quantidade de atividades acumuladas em nossa rotina foi tamanha que ocupou todos os dias da semana, além de resultar em tarefas e trabalhos que se estendem por quase todos os nossos fins de semana e feriados. Por isso, nós encontramos grande dificuldade de gerir a nossa rotina, principalmente o tempo, sem que houvesse perdas significativas da qualidade no nosso processo de formação e da nossa saúde física e mental. Assim, o retorno presencial trouxe-nos alento, mas também a necessidade de adaptação a esse contexto adverso.

Nesse contexto de adaptação ao sistema híbrido de ensino, que seria a associação entre aulas online e presenciais com o objetivo de se atingir metas do processo de ensino aprendizagem (DE ANDRADE; MONTEIRO, 2019), nós elencamos alguns de seus efeitos em nossas vidas. Exemplo disso está na grande quantidade de atividades remotas do período corrente, nas atividades práticas presenciais, nas atividades práticas de reposição dos períodos anteriores, e, na necessidade de lidar, simultaneamente, com os sentimentos advindos das novas vivências proporcionadas pelo retorno das práticas. Assim, a sobreposição dessas atividades se tornou uma de nossas maiores preocupações. Isso decorreu da necessidade dos nossos esforços excedentes para cumprir a carga horária de aulas proposta, a qual chega a mais de 8 horas por dia; da cobrança que partiu tanto da faculdade quanto de nós mesmos para apreendermos a maior quantidade possível de conhecimentos em um curto espaço de tempo, pela realização de três períodos em um ano; da realização de aulas teóricas e práticas do 4º período juntamente as práticas do 2º e 3º períodos concomitantemente. Esse contexto adverso foi responsável pela rápida instalação de um sentimento de esgotamento físico e mental e insegurança em nós.

Diante do exposto, partimos da proposta de atenuar o impacto dessas novas demandas nas nossas rotinas por meio da construção de estratégias, que dizem respeito à um melhor manejo de tempo, para lidarmos com o estresse e sentimentos negativos que surgem enquanto estudantes de medicina. Nesse sentido, o planejamento de tempo envolve estabelecer prioridades, ou seja, aplicar graus de importância e urgência às atividades para, assim, estabelecer metas e a partir disso desenvolver estratégias para alcançá-las. Estudos (PELLEGRINI; CALAIS; SALGADO, 2012) apontam a correlação entre o estresse e o controle de tempo em estudantes universitários, sendo que, indivíduos com melhores técnicas de estruturação possuíam melhor bem-estar psicológico, eram menos estressados, mais eficientes e mais satisfeitos. No entanto, não envolve apenas os hábitos de estudos e a administração do tempo, também perpassa a percepção sobre autoeficácia, caracterizada pela interação do indivíduo com seu ambiente e sua capacidade de enfrentar cenários estressores (YOSHIY; KIENEN, 2018). Assim, percebemos que as habilidades sociais e de controle do tempo contribuem para diminuição do estresse e poderiam nos ajudar com as necessidades que explicitamos em relação ao nosso retorno às atividades.

Em vista disso, algumas estratégias para o manejo do tempo abrangem a análise da nossa rotina, incluindo as atividades a serem realizadas e o tempo disponível para cumpri-las, a definição de prioridades, o uso de recursos disponíveis que facilitem a otimização do tempo, e, por fim, o estabelecimento de metas diárias que incluam tempo para lazer e descanso. Nesse sentido, pode-se utilizar a ferramenta de gerenciamento de tempo Matriz de Eisenhower, em que se classificam as tarefas em urgentes e não urgentes e em importantes e não importantes, facilitando a sua priorização (QUELUCI, 2021). Além disso, agrega-se a necessidade de um estilo de vida adequado, pois, fatores como sono, alimentação e a prática de atividades físicas favorecem uma boa qualidade de vida e tem um impacto positivo no âmbito da vida acadêmica, ao contribuírem com o bem-estar físico, mental e social de um indivíduo (VIEIRA, 2021).

Diante dessas dificuldades e novas experiências, nós, alunos de medicina, percebemos que precisamos de elaborar resoluções menos traumáticas e mais eficientes para enfrentar o presente contexto de adaptação, além de preservar nossa saúde. Desse modo, por meio de nossas buscas entendemos que nós devemos realizar um planejamento de rotina conforme nossas atividades cotidianas. Para isso, podemos estabelecer horários protegidos e metas para cada tarefa, tanto as da faculdade quanto as da vida fora da faculdade. Ademais, notamos a necessidade de priorizar a nossa saúde física e mental, nos preocupando com nossa alimentação, com a qualidade do nosso sono, investindo tempo em nossos relacionamentos e praticando exercício físico regularmente, além de ter períodos de lazer, conforme a individualidade de cada um. Por fim, nós compreendemos a importância da ressignificação do atual período de pandemia, um elemento de pressão psicossocial, para um período de oportunidade de exercermos a resiliência e o poder de adaptação às adversidades.

REFERÊNCIAS

[1] DE ANDRADE, Daniele Prates Cordeiro Moretti; MONTEIRO, Maria Iolanda. EDUCAÇÃO HÍBRIDA: abordagens práticas no Brasil. Revista Eletrônica Científica Ensino Interdisciplinar, v. 5, n. 14, 2019.

[2] PELLEGRINI, Carla Fernanda de Souza; CALAIS, Sandra Leal; SALGADO, Manoel Henrique. Habilidades sociais e administração de tempo no manejo do estresse. Arquivos Brasileiros de Psicologia, v. 64, n. 3, p. 110-129, 2012.

[3] QUELUCI, Gisella de Carvalho et al. Cartilha de Gerenciamento do Tempo. Rio de Janeiro, p. 1-28, 2021.

[4] VIEIRA, Flávia da Silva Taques et al. Lifestyle-related behaviors and depressive symptoms in college students. Cadernos de Saúde Pública [online], v. 37, n. 10, 2021.

[5] YOSHIY, Shimeny Michelato; KIENEN, Nádia. Time management: a behavior analysis interpretation. Psicologia da Educação, n. 47, p. 67-77, 2018.

Capítulo 12

UM CONVITE À INTROSPECÇÃO CRÍTICA ACERCA DO RETORNO PRESENCIAL DA FACULDADE DE MEDICINA DE UBERLÂNDIA

Ana Elisa Caldas Gonçalves, Eduarda Fileto Nogueira, Laura Pampanini Lara

A pandemia de COVID-19, iniciada no ano de 2020, representou um cenário de mudanças em diversos âmbitos, sendo as ocasionadas no meio acadêmico as mais marcantes para nós; as quais trouxeram à tona sentimentos como medo, angústia e insatisfação (RODRIGUES et al., 2020). A incerteza com relação ao futuro estudantil e profissional também se fez intensamente presente, uma vez que, ao nosso ver, a melhora do cenário se tornava cada vez mais inalcançável; o que contribuiu para que nos sentíssemos desmotivadas dia após dia.

O sonho de aulas presenciais e práticas aos poucos perderam a sua essência, concomitante com todas frustrações que acompanharam essa longa espera em que o ensino presencial foi substituído pelo ensino remoto emergencial. Com isso, lembranças de nossa rotina pesada, vivida no segundo semestre de 2019, mas muito satisfatória, tornavam-se vagas e saudosas. Neste sentido, falar desta temática é importante para nós, pois envolve fatores essenciais de nossas vidas: o sonho de cursar medicina, o desejo de pertencer à universidade, a vontade de ter uma aprendizagem efetiva para sermos boas profissionais frente às frustrações impostas por motivos de ordem maior: o isolamento social e o ensino à distância, consequências de medidas de contenção à pandemia (MEHANNA, 2021). Desse modo, o "Coronateaching", termo que designa a abundância de informações puramente teóricas e as novidades impostas pelo novo modelo de ensino, representa a angústia vivida por nós durante o último ano (GIANNINI, 2020).

Ao mesmo tempo que o isolamento social provocou um excesso de convivência entre pessoas que moram na mesma residência, impôs uma distância muito grande entre amigos e colegas de turma. Para manter esse vínculo, antes presencial, a *internet* se tornou a nossa maior aliada nesse processo a fim de encararmos essa "nova realidade". Nesse contexto, ao longo da pandemia, sentimos um nítido e gradual processo de afastamento entre nós e os colegas da turma, uma vez que as reuniões semanais nas plataformas digitais eram voltadas exclusivamente para discussões puramente acadêmicas; sem que nossas experiências pessoais e sentimentos fossem devidamente compartilhados. As relações de afeto e amizade, por conseguinte, foram bastante afetadas, sendo que estas compunham parte importante de nosso cotidiano, o que nos ajudava a lidar com as cobranças excessivas típicas do curso de medicina. Além disso, sentimos dificuldade de manejar o tempo disponível entre aulas remotas, práticas presenciais, reposição de outros períodos e tutorias, por exemplo, com outras atividades, como exercícios físicos, os quais ajudariam no manejo do estresse.

Mesmo com a volta parcial das atividades práticas na faculdade nas últimas semanas, os meios virtuais estão, ainda, muito presentes na nossa vivência acadêmica e sobretudo nas relações pessoais. A sensação era de que, ao voltarmos para a faculdade, tudo voltaria a ser como antes: estaríamos sempre rodeados de amigos e teríamos aulas

que seriam aproveitadas adequadamente. Nesse cenário, frustrações se fizeram presentes mais uma vez, tendo em vista que o surgimento de novas dificuldades e a necessidade de se readaptar ao "novo normal", com aulas sendo repostas muito rapidamente e sem o devido planejamento; como uma clara e desesperada tentativa de recuperar todo o tempo que havia sido perdido.

Vale ressaltar que são as relações sociais que contribuem para a construção da nossa identidade e, para que isso ocorra, criar vínculos mais profundos e se sentir pertencente a determinado grupo é essencial, inclusive, para desenvolver habilidades de comunicação, as quais são importantes na profissão do médico (GOMES, et al., 2021). Esse desgaste promovido por esse momento de vulnerabilidade que enfrentamos durante os últimos meses acabou por gerar, assim, bastante ansiedade e altos níveis de estresse (DA SILVA SANTANA, et al., 2020), o que está claramente relacionado com a qualidade das relações que foram completamente alteradas durante esse processo.

Diante das dificuldades citadas, consideramos importante refletir e ressignificar o momento. Por meio de terapia e apoio familiar, notamos que é possível amenizar as cobranças excessivas e lidar com a nova rotina. Ao mesmo tempo, trocar ideias com os amigos sobre o momento vivido reforça a percepção de que não estamos sozinhos nesta caminhada. Ademais, é importante priorizar tarefas e aproveitar bem o tempo diante de tantas atividades. Segundo o aplicativo de gerenciamento do projeto Treloo (MOON, 2016), notamos que a matriz de Eisenhower é uma ferramenta interessante para organizar a rotina diária a partir da definição do que é mais urgente e mais importante em determinado momento.

Após expormos nossos sentimentos e reflexões, notamos a necessidade de aprender a ser resiliente diante das dificuldades, visto que, na prática médica, muitas vezes o cenário não é tão favorável quanto esperaríamos que fosse (GANNAM, 2018). Também consideramos que é essencial abandonar o perfeccionismo e o mau hábito da comparação com os colegas em relação aos estudos. Desse modo, compartilhar as dificuldades e pedir ajuda e conselhos dos nossos amigos de curso são boas estratégias para superar este momento delicado que vivemos, ao mesmo tempo que permitirá a reaproximação que tanto desejamos.

Por fim, compreendemos que a construção dessa narrativa reflexiva acerca das nossas experiências pessoais com a vivência acadêmica, neste momento de retorno à faculdade, foi extremamente relevante não só para a nossa formação pessoal, mas também profissional. Essa experiência dentro do curso de medicina nos permitiu analisar a situação em que nos encontramos e, então, buscar estratégias eficazes para a superação das adversidades. Essa atividade nos proporcionou, portanto, o desenvolvimento de habilidades interpessoais e da capacidade de refletir criticamente sobre a nossa própria formação.

REFERÊNCIAS

[1] DA SILVA SANTANA, Viviane Vanessa Rodrigues et al. Alterações psicológicas durante o isolamento social na pandemia de covid-19: revisão integrativa. Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social, [S.l], v. 2, p. 754-762, 2020.

[2] GANNAM, Silmar de Souza Abu. O mal-estar na formação médica: uma análise dos sintomas de ansiedade, depressão e esgotamento profissional e suas relações com resiliência e empatia. 2018. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

[3] GIANNINI, Stefanía. COVID-19 y educación superior: de los efectos inmediatos al día después. Revista Latinoamericana de Educación Comparada, [S.l], v. 11, n. 17, p. 1-57, 2020.

[4] GOMES, Vânia Thais Silva et al. A pandemia da Covid-19: repercussões do ensino remoto na formação médica. Revista Brasileira de Educação Médica, [S.l], v. 44, 2020.

[5] MEHANNA, Samya H. Educação Médica em Tempos de Pandemia: Novas Perspectivas. Brazilian Medical Students,[S.l], v. 5, n. 8, 2021.

[6] MOON, Lauren; Matriz de Eisenhower: priorize tarefas e tome decisões. Blog Treloo, 2016. Disponível em: https://blog.trello.com/br/matriz-de-eisenhower. Acesso em: 02 Nov. 2021.

[7] RODRIGUES, Bráulio Brandão et al. Aprendendo com o Imprevisível: Saúde mental dos universitários e Educação Médica na pandemia de Covid-19. Revista Brasileira de Educação Médica, [S.l], v. 44, 2020.

Capítulo 13

ESCUTA ATIVA E ESPIRITUALIDADE: FERRAMENTAS TRANSFORMADORAS DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

Gabryella Londina Ribeiro Lima, Lara Azevedo Teixeira Manzo, Layanne Cintra Soares

As discussões sobre saúde mental ganharam ainda mais relevância nos últimos anos devido, principalmente, ao cenário de pandemia da COVID-19 e aos impactos desencadeados por esse momento atípico sobre a população. Nesse sentido, tornou-se ainda mais evidente a importância de formar profissionais da saúde que valorizem e estejam aptos a lidar com as questões relacionadas à saúde mental a fim de proporcionar um cuidado integral aos indivíduos. Sendo assim, o momento de reflexão que escolhemos está relacionado às práticas no cenário da psiquiatria, visto que foi uma ocasião importante em nossa formação em que pudemos ter os primeiros contatos com o conhecimento teórico e prático, que acreditamos que muito pode contribuir para a nossa formação.

Estávamos em uma atividade prática da disciplina de Saúde Coletiva VIII, no cenário da psiquiatria, no qual deveríamos conversar com um paciente e colher uma anamnese de acordo com as técnicas que temos estudado. Estávamos animadas por ser uma das poucas oportunidades que temos disponíveis no curso para vivenciarmos uma parte da realidade dessa especialidade e colocar em prática os aprendizados que temos adquirido. Além disso, foi uma ocasião interessante pois estamos prestes a entrar no internato e, mesmo tendo passado por tantas áreas da medicina e atravessado tantos conteúdos distintos, sentimos que muitas habilidades ainda podem ser aperfeiçoadas e vimos nessa ocasião a oportunidade para evoluir.

Apesar de estarmos no quarto ano do curso, ainda não conhecíamos a enfermaria de psiquiatria. Ambiente esse que era muito curioso e desejado por nós como uma experiência e oportunidade de aprendizado que ainda não tínhamos vivenciado. Sempre nos pareceu um lugar distante e até mesmo mais isolado das demais áreas do hospital. O primeiro aspecto que nos surpreendeu foi a entrada, a qual é completamente diferente das demais enfermarias, com um portão e um segurança que estabeleciam uma barreira entre os ambientes e controlava a entrada, bem como a saída de cada indivíduo. Naquele momento, já tivemos um sentimento diferente, uma apreensão perante aquele espaço ainda desconhecido por nós. Ao adentrarmos mais, vimos algumas grades que compartimentalizavam ainda mais aquele ambiente e o deixavam um pouco robusto demais. No entanto, quando fomos para área externa vimos um ambiente amplo e com natureza, um espaço de convivência, que trouxe um pouco mais de leveza para o cenário.

Nesta parte do local, havia pessoas internadas por diversos transtornos relacionados à saúde mental e cada uma delas exibia um comportamento diferente. Algumas mais inquietas, agitadas, andando de um lado para o outro, enquanto outras estavam mais contidas, sonolentas, com um olhar fixo. Algumas gritavam aos ventos e outras conversavam consigo mesmas. Naquele momento, ficamos pensando sobre a complexidade humana e como que o que conhecemos ainda nos parece tão pouco para

ajudar aqueles indivíduos. Apesar desse sentimento, estávamos dispostas a dar o nosso melhor, porém ainda curiosas e com um certo receio de como seria aquela entrevista.

O paciente chegou com um sorriso e com uma postura aberta, de quem estava gostando de estar ali, o que nos deixou mais tranquilas. Mesmo com tantos pensamentos e impressões pessoais, buscamos adotar uma postura profissional e resgatar o conhecimento que havíamos aprendido sobre a anamnese da psiquiatria e como usar esses aspectos a nosso favor. Inicialmente, tentamos estabelecer um vínculo e deixamos o paciente se expressar livremente, com poucas intervenções, conforme o recomendado pelas evidências na literatura (Silverman, Kurtz e Draper, 2016; Zuardi e Loureiro, 1996). Conhecemos um pouco mais de sua história e o que aconteceu até o momento de sua internação. No entanto, nos parecia um pouco difícil fazer intervenções em alguns momentos que sabíamos que seria necessário. Diante da nossa falta de experiência prática, a presença do professor foi fundamental para o adequado direcionamento da conversa e para nos dar confiança a fim de fazermos nossas próprias intervenções.

Com isso, nos sentimos mais confiantes e confortáveis e sentimos aquela sensação de apreensão diante do novo ir embora. O paciente era colaborativo, tinha um vocabulário rico, uma boa oratória e um grande poder de persuasão. É um jovem e universitário que, principalmente, após a pandemia começou a manifestar sintomas de transtorno de bipolaridade, o que gerou uma reflexão entre nós, haja vista os vários pontos de identificação entre nós e ele. Ficamos pensando em como todos nós estamos sujeitos ao adoecimento, ainda que, em alguns momentos, esse fato nos pareça um pouco distante, pois na maioria das vezes assumimos a postura de quem oferece cuidado em vez de quem recebe. Além disso, infelizmente, ainda há uma cultura enraizada que preconiza a "perfeição" do médico e isso também tem implicações na saúde desse profissional, que antes mesmo de se formar, se sujeita a essa cobrança social, a qual não o permite enxergar o próprio adoecimento e aceitar assumir a posição de quem deve receber o cuidado. Ficamos pensando no quanto isso é prejudicial e talvez esteja relacionado aos altos índices de suicídio entre os acadêmicos de medicina e entre os próprios médicos.

Um outro ponto da nossa conversa com paciente nos chamou atenção. Ele mencionou o quanto a cobrança relacionada aos estudos e a pressão que ele impunha sobre si mesmo contribuíram para o enfraquecimento dos seus laços sociais, para a queda de sua qualidade de vida, bem como para a piora do seu quadro. Naquele instante, pensamos na nossa relação com os estudos. Sabemos que o curso de medicina é um ambiente estressante haja vista a alta carga horária, o volume amplo de conteúdos em um período reduzido e a consequente redução de momentos de lazer e convívio social, e sabemos quanto esses fatores podem prejudicar nossa saúde mental, caso não tenhamos uma rede de apoio adequada e equilíbrio (Silva, Santos e Martini, 2022). Isso nos fez pensar que a entrada no internato está próxima e sabemos que com ela os níveis de cobrança e de responsabilidade aumentam ainda mais. Mesmo que saibamos nosso valor e nossa capacidade, sempre há uma insegurança diante do que é novo e desafiador. Ficamos pensando em formas de atenuar essa angústia e insegurança e, ao mesmo tempo, como podemos reforçar nosso apoio, manter nosso equilíbrio, firmar nosso valor e encarar esse momento importante com leveza.

Além disso, outro aspecto que despertou novas reflexões foi o fato de frequentarmos a mesma comunidade religiosa que o paciente. Esse ponto de identificação foi curioso, uma vez que apresentou naquele cenário recém descoberto o ponto em comum para todas as partes, que foi o sentimento de refúgio baseado na religião. Ali era impossível ignorar as necessidades espirituais dentro do aspecto biopsicossocial e

entender como a dimensão espiritual/religiosa estava diretamente relacionada com o cuidado, proporcionando ao paciente melhor adesão ao tratamento, maior confiança no profissional de saúde e, acima de tudo, esperança de alta hospitalar e planos positivos para o futuro. O momento também nos permitiu, mesmo com o pouco contato acadêmico sobre o tema, compreender que a espiritualidade/religiosidade é importante para o plano terapêutico do paciente e explorá-la não é impor crenças, mas uma forma de ajudar no processo de adoecimento. Ainda nessa reflexão, também entendemos que é extremamente necessário compreender como a espiritualidade influencia no cuidado, sobretudo, em um país, como o Brasil, que é pluralmente religioso/espiritual, estando de acordo com a própria definição multidimensional de saúde da OMS, que leva em consideração as dimensões físicas, psíquica, social e espiritual do indivíduo, sendo que a dimensão espiritual é capaz de influenciar todas as demais (Silva et al., 2019).

Consequentemente, ao realizarmos essa experiência com o paciente em questão, comprovamos ainda mais o elo entre corpo e alma, e consolidamos a ideia de que o tratamento precisa ser além de um exame clínico.

A experiência médico-paciente nessa vivência foi desafiadora, porém esses pontos de identificação relacionados tanto ao perfil do paciente quanto à religião nos permitiram uma aproximação e o estabelecimento de um vínculo importante. A partir disso, pudemos estreitar a relação e entender de uma maneira mais simples o porquê de estarmos ali. Esse encontro, juntamente a todas as coincidências que surgiram na entrevista, foram facilitadores para a manutenção da relação médico-paciente não apenas quanto aos fatores biológicos e suas inquietudes, mas quanto aos fatores transcendentes que compreendem a alma e muitas vezes nos servem como alicerce e resposta para a tomada de decisões pessoais e também relacionadas ao atual estado de saúde, sobretudo, ligado às questões psiquiátricas. Assim, pudemos colocar em prática nossas habilidades de escuta, de empatia e também valorizar a oportunidade em poder refletir sobre nossas responsabilidades e como temos manejado a nossa saúde mental. Saímos daquele local convencidas da grande relevância da espiritualidade no processo saúde- adoecimento-doença-recaídas, além da importância dos aprendizados que uma simples conversa pode nos proporcionar. Essa experiência que muito nos impactou, ficará marcada para futuras situações, mormente, para o próximo estágio da faculdade que se aproxima, o internato, que de maneira inesperada irá nos apresentar novos cenários e contará com nossa bagagem intelectual, social, psicológica, espiritual e disposição para maximizar os aprendizados que a experiência prática nos proporcionará.

REFERÊNCIAS

[1] SILVA, Marcelo José de Souza; SCHRAIBER, Lilia Blima; MOTA, André. O conceito de saúde na Saúde Coletiva: contribuições a partir da crítica social e histórica da produção científica. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 29, 2019.

[2] SILVA, J. E. M. da, Santos, J. A. F. dos, & Martini, M. B. A. MEDICAL STUDENT'S MENTAL HEALTH AND THEIR ACCESS TO SUPPORT CENTERS. In SciELO Preprints, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.3538

[3] SILVERMAN, Jonathan; KURTZ, Suzanne; DRAPER, Juliet. Skills for communicating with patients. crc press, 2016.

[4] ZUARDI, Antonio Waldo; LOUREIRO, Sonia Regina. Semiologia psiquiátrica. Medicina (Ribeirão Preto), v. 29, n. 1, p. 44-53, 1996.

Capítulo 14

OS DOIS LADOS DA MOEDA

Deryck Seiji Matsuo, Johnatan Reis da Silva

Neste relato há duas reflexões. A primeira é do estudante que se encontra como paciente e a segunda é a do estudante que realiza o atendimento e se vê na posição de um profissional de saúde.

Na tarde do dia 18 de agosto, Deryck, José Lúcio e eu, Johnatan, jogávamos vôlei no Parque do Sabiá para comemorar o fim do sétimo período, quando caí da própria altura (Johnatan) tentando fazer uma jogada. O que parecia algo simples ou banal se mostrou mais grave. Perdi a consciência por alguns minutos e quando acordei estava ferido no local do trauma, com náusea e cefaléia. Deryck e José Lúcio me levaram de carro para o pronto socorro do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU).

Ao adentrar no hospital apresentei episódios de vômitos em jato. Fui encaminhado para a sala vermelha onde deram início aos procedimentos. Tiraram minhas roupas e adereços, realizaram anamnese, exame físico e neurológico. Fui classificado com Glasgow 14 e encaminhado para realizar a tomografia. Algumas horas depois o diagnóstico de Trauma Crânio Encefálico de grau leve e Hematoma Epidural com contusão, mas eu estava sozinho, com cefaléia e muita náusea. Não compreendia o que estava acontecendo ao meu redor.

No dia seguinte, outra tomografia e a minha estadia no hospital que deveria ser de 48h se tornou 72h. O sangramento aumentou. Foi o que disse o médico de plantão. Após tantas horas e muita vontade de sair daquele espaço fui levado para outro exame. O sangramento não cresceu e apresentou sinais de redução. Um alívio. Mas eu ainda ficaria 48h deitado em uma maca, na sala fria, com luzes fortes e incapacitado de me movimentar devido a cefaleia e a náusea que não diminuia.

Por fim, quatro tomografias foram realizadas, 120h deitado em um leito de hospital e uma experiência como paciente que espero não viver novamente.

Presenciamos a queda e o trauma que o Johnatan. Sem saber o que poderíamos fazer para ajudá-lo e com a angústia de saber que a pessoa ali caída precisando de ajuda se tratava de um amigo, uma pessoa próxima tornou a situação mais desesperadora.

Então, lembrando de aulas e resgatando conhecimentos prévios, decidimos que a primeira coisa a se fazer seria seguir o protocolo do ATLS, que foi uma decisão quase instantânea de nós dois, mas mesmo sem prática e assustados com ocorrido, realizamos a verificação da respiração e imobilização da cabeça com as mãos, a expansibilidade pulmonar, pulso entre outros dados. Durante esse tempo discutimos se acionávamos o serviço de emergência ou levávamos de carro para o HC.

Por fim, após cerca de 2 minutos, Johnatan retornou a consciência sendo capaz de falar e andar por conta própria, estava confuso, com cefaléia e vertigem. Sendo assim, o acompanhamos para o carro e o levamos para o HC.

Mesmo capazes de realizar os primeiros passos, sempre vinha à mente que alguém mais experiente realmente pudesse prestar um atendimento correto ao nosso amigo. Acredito que fizemos o nosso melhor com a bagagem que temos, no entanto algo frequentemente vem à memóriá: ´´Deveríamos ter chamado o socorro em vez de realizar o transporte sozinhos?``. Hoje, após refletir constantemente sobre o ocorrido, acredito que Sim, afinal não éramos qualificados o bastante para realizar o atendimento nem o transporte, e se o Johnatan tivesse uma complicação no caminho?, muito menos para determinar em qual hospital levá-lo, Será que sobrecarregamos o HC sem necessidade?.

No entanto, pela ansiedade, desespero e com um certo receio do atendimento pré-hospitalar demorar e visto posteriormente a gravidade do caso, não me arrependo do que fiz naquele dia.

Ao chegar no hospital vimos Johnatan piorar, apresentava sintomas inéditos, mas sentimos alívio em saber que ele estava sendo monitorado e avaliado constantemente pela equipe do hospital que estudamos, sabendo da qualidade do atendimento e competência da equipe. Retornamos alguns dias após o incidente para visitá-lo na internação, perguntamos incansavelmente para os residentes responsáveis as novidades e evolução do quadro para nos confortar quanto ao quadro clínico do nosso amigo.

Dessa forma, acredito que os sentimentos que marcam essa experiência são o medo em relação ao acidente e as consequências deste e de perceber que não sabemos tudo.

Essa experiência traz a lembrança da leitura do livro O médico doente, de Drauzio Varella e sua reflexão sobre a troca de lugar e as percepções de leigos e profissionais da saúde sobre o processo de adoecimento, tratamento dentre outras questões envolvidas. Ainda é relevante sinalizar que o livro tenta abordar e compreender importantes aspectos da sociologia da profissão médica e do modelo biomédico (BARROS. 2019)

Com o tempo e a prática e mais anos de estudos até a formação buscaremos os melhores caminhos para adaptar às situações que possam vir a ocorrer, afinal essas vivências são importante consolidar a teoria durante o ensino de técnicas de comunicação interpessoal e das relações entre médicos e pacientes (CHINATO, et al. 2012).

A necessidade de aprendizagem é constante e mesmo discutindo sobre empatia nada se compara com a vivência. Os dias de internação levaram à reflexão sobre a empatia e o cuidado com o paciente, bem como sobre a construção da relação médico-paciente.

Importante ressaltar que tanto a equipe responsável pelo atendimento bem como os colegas que estavam no internato e acompanharam o atendimento mostraram falhas na construção de uma relação com o paciente. Não havia preocupação com o bem estar, com a privacidade (mesmo que algo difícil de se garantir) ou com os sentimentos em relação à situação. Os estudantes, principalmente, se mostraram sedentos pela oportunidade de realizar uma sutura e ignoraram a presença de um colega, de uma pessoa na qualidade de paciente.

Por isso, o ensino continuado da empatia se faz necessário, ainda que seja complexo é necessário que novas gerações de profissionais da saúde entendam e pratiquem a empatia que é definida como a capacidade de mentalmente descentrar-nos de nós próprios para uma outra pessoa. A consciência de estar fora da outra pessoa e ter que chegar até a outra pessoa é o pré-requisito para a empatia (GONÇALVES. 2019).

Nesse sentido, pode-se perceber através de nossos próprios conhecimento e experiências até o 8º período que o ensino médico não tem priorizado a abordagem de questões relacionados à interação, seja entre médico e paciente quando nos vimos na iminência de atender um amigo próximo ou familiar em um evento inesperado, acarretando assim, situações novas e desesperados onde o conhecimento médico deve-se sobressair as relações pessoais, para que possamos estar centralizados no cuidado naquele momento.

REFERÊNCIAS

[1] Barros, Nelson. (2009). O médico doente. Ciencia & Saude Coletiva - CIENC SAUDE COLETIVA. 14. 10.1590/S1413-81232009000400037.

[2] CHINATO, I. B.; D'AGOSTINI, C. L.; MARQUES, R. R. A relação médico-paciente e a formação de novos médicos: análises de vivências de hospitalização. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Rio de Janeiro, v. 7, n. 22, p. 27–34, 2012. DOI: 10.5712/rbmfc7(22)289. Disponível em: https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/289. Acesso em: 1 nov. 2022.

[3] GONÇALVES, C. F. O uso da empatia na relação médico-paciente e na prática clínica. Tese (mestrado em medicina). Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade da Beira Interior. 2019.

[4] GROSSEMAN, Suely; PATRÍCIO, Zuleica Maria. A relação médico-paciente e o cuidado humano: subsídios para promoção da educação médica. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 28, p. 99-105, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbem/a/YnNgZm4vRCgPxbQhvNWgj3k/abstract/?lang=p. Acesso em: 1 nov. 2022.

[5] Varella D. O médico doente. São Paulo: Companhia das Letras; 2007.

Capítulo 15

UM CAFÉ COM O DESCONHECIDO

Karina Baltor Cabral, Milena Vieira Dias dos Santos, Thaís Borba Carneiro

Há dois meses do fim do 8° período de medicina, prestes a iniciar uma nova fase da vida acadêmica, se faz necessário pensar um pouco sobre tudo que vem adiante e como chegamos até aqui. Eu acho que é justo dizer que minhas reflexões a respeito do período do Internato vieram antes mesmo da minha decisão final por fazer Medicina, e desde então têm sofrido altos e baixos. Bem antes de começar a estudar na UFU, eu era só mais uma telespectadora das séries de televisão, sobre casos e rotinas médicas, que sempre fizeram muito sucesso, e acredito que muito do que eu via ali me motivou a olhar para a Medicina como uma possibilidade. Foram longas temporadas retratando a rotina dos internos, sobrecarregados no dia-a-dia agitado de cirurgias super complicadas e pronto-socorro com ocorrências inacreditáveis, explorando raciocínios clínicos incríveis com brilhantismo e, claro, usando os scrubs azuis que faziam até mesmo a pessoa mais avessa à sangue considerar essa carreira. Tudo o que eu soube sobre o Internato, foi, por muito tempo, essa realidade enviesada.

Depois disso, ao longo da minha preparação para os vestibulares, o que me manteve no caminho foram essas visões hollywoodianas da prática médica. Me imaginava sendo capaz de tudo quando eu estivesse com o pijama cirúrgico, sendo guiada pelos melhores preceptores e convicta de tudo o que fazia, segura e pronta para qualquer eventualidade no Hospital, e isso me motivava a seguir estudando o conteúdo exagerado cobrado pelas provas dos vestibulares, no cotidiano maçante do período preparatório que antecederia meus dias de glória.

No entanto, ao mesmo tempo em que essa expectativa me orientava no percurso, me alienava da realidade. Eu tinha convicção de que o Internato seria incrível, mas ignorava todos os quatros anos que precederam esse momento, todas as dificuldades externas e internas que precisaria enfrentar até chegar lá. Achava que, certamente, me sentiria preparada quando a hora chegasse, que nada abalaria minha confiança e que tudo seria linear como a televisão fazia parecer.

Ancorado nessa percepção, que parece ser comum entre os estudantes de Medicina nos momentos que antecedem o ingresso no curso e mesmo nos anos iniciais da graduação, Trindade e Vieira (2010), apontam que não apenas a análise da realidade, mas também as aspirações e fantasias são capazes de sustentar motivações. No caso dos acadêmicos de Medicina, objeto de estudo dos autores, a ânsia para a vivência nos hospitais universitários fazia sombra sobre o restante da graduação, especialmente porque parecia ilustrar o que a figura do médico representa, enquanto realização pessoal e relevância social.

Dessa forma, nessa fase, todo o percurso até o diploma se resumia ao exercício médico tutelado por professores brilhantes em hospitais perfeitamente funcionais. Fica claro que esse cenário, de segurança e confiança, se traduzia num status social que eu

perseguia. Era fácil ignorar os percalços até lá, porque a motivação era a promessa de um lugar onde eu estaria fazendo, de maneira excepcional, tudo o que eu tinha planejado fazer. Assim, a imagens daqueles internos, sendo capazes de salvar vidas mesmo nas condições mais adversas, distanciava qualquer pensamento pautado na realidade do estudante de medicina, uma vez que era capaz de tornar aqueles personagens admiráveis o suficiente para se tornarem espelhos.

Até o momento de iniciar o aprendizado na faculdade de Medicina, quando as fichas começaram, lentamente, a cair, o Internato se resumia a tudo e a nada ao mesmo tempo. Hoje parece contraditório perceber como eu sabia tão pouco, tinha tão pouca realidade, de algo que outrora tinha me motivado a chegar até aqui.

Além disso, durante a graduação, as perspectivas do internato e aquilo que ele poderia significar na nossa formação como médico em seu sentido integral, ou seja, não só a construção de conhecimento e raciocínio clínico, mas também a formação de uma postura profissional, com habilidades de comunicação e emocionais para lidar com as diversas situações que o exercer da medicina nos traz, foram construídas à medida que o curso avançava.

Inicialmente, a ideia do internato estava associada com a profissão em si, pois parecia algo tão distante que essas realidades se misturavam. A primeira preocupação foi sobre gostar da medicina, de ver nela uma realização pessoal futura, já que os primeiros períodos da faculdade lidam muito com a fisiologia, baseados na ideologia de "primeiro conhecer o normal para depois identificar o patológico", e dessa forma, não lidamos tanto com a prática médica em si. Juntamente a isso, existia um certo sentimento de angústia ao perceber que, à medida que estudávamos as diversas matérias, fazíamos provas e avançávamos de período, os conhecimentos iam se dispersando, o que gerava uma apreensão, pois, teoricamente, precisaríamos deles para as práticas do internato. Essa angústia e medo do futuro, de não estar apto, foi uma crescente ao longo do tempo.

A partir do 4° período, onde começamos a atender os pacientes e lidar com as doenças em si, a prática da medicina, os estudos e tudo que tínhamos tido até então, começaram a fazer mais sentido. Fomos percebendo que aquele conhecimento, mesmo que não fora 100% adquirido, estava dentro de nós em algum lugar e, ainda que não soubéssemos exatamente sobre as doenças e suas fisiopatologias, existia espaço dentro das consultas para admitir essa falha ao paciente e buscar a resolução dos problemas nos preceptores. Ficava nítido ali que o que realmente importava era o cuidado e a atenção.

Porém, essa sensação era flutuante, pois, ao mesmo tempo que adquiríamos a consciência de que não íamos saber de tudo sempre, existia uma ansiedade e medo de não ser boa o suficiente, de ser criticada e julgada pelos preceptores. A visão do internato acompanhou essa flutuação, já que quando chegasse o momento, deveríamos estar aptas, as cobranças seriam maiores, assim como a pressão interna e externa (de colegas, familiares, preceptores e pacientes). Nesses momentos de maior ansiedade, vinha à tona uma certa comparação com os outros alunos, uma competição para ver quem sabia mais, quem estava preparado para lidar com o internato e quem não estava.

De acordo com Cavalcante et al. (2019), tais sentimentos, angústias e expectativas são algo comum nos estudantes de medicina, e que, infelizmente, atingem consideravelmente a qualidade de vida de nós, estudantes. O ambiente de estresse, pressão e competitividade já se inicia no processo seletivo da graduação em medicina, e se agrava à medida que o curso avança. Há uma

> Prevalência de sintomas de angústia entre os estudantes de medicina e também que estes apresentam os menores valores de qualidade de vida mental [...], refletindo o impacto dos traumas psicológicos que podem ocorrer ao longo do curso (CAVALCANTE et al., 2019).

Diante disso, perceber que já estou nesse período do curso, a dois meses do internato, tem tornado este momento real, essa sensação que o tempo passou. Aquilo que parecia tão distante realmente está chegando. Estou quase entrando no internato. E aquele questionamento que sempre vinha na minha cabeça "E quando eu chegar no internato, será que vou conseguir fazer tudo?" tem se transformado para "Estou começando o internato, e agora?"

Ainda me vem um gosto amargo na boca quando penso em tudo isso, não vou dizer que o medo passou, que as angústias se foram. Mas agora eu as chamo para tomar um café da tarde e fico ali conversando até elas quererem ir embora. Acredito que essa percepção vem com a maturidade, tanto emocional quanto de conhecimentos. Na busca por conhecimentos dentro da medicina também aprendi muito sobre mim. Assim como diria Boaventura de Sousa Santos "Todo conhecimento é autoconhecimento". Sabe aquela aflição de não conseguir aprender tudo como queria? Eu estou me convencendo de que por mais que eu queira, não vou decorar tudo e não vou saber de tudo. Não quero me martirizar por cada erro, porque são eles que me tornam humana, para assim tentar acertar com autenticidade e gentileza. Sinto que estou apta pra viver esse momento, meu maior desejo agora é ter consciência de que não vai ser fácil, mas já passei por tantos momentos que me fizeram acreditar que sou capaz. Quero experienciar cada etapa, ser proativa e sentir que de fato estou aprendendo a fazer o meu melhor na medida do possível.

Ademais, o internato é conhecido como o momento do curso em que há mais aprendizado, pelo fato de estar totalmente imersa na rotina do hospital, a teoria se alia à prática e então a evolução é gigantesca. Assim, desenvolver a independência é extremamente importante, despertando a consciência crítica - reconhecer, então, que a realidade é mutável e aberta, pensando como no processo educativo de conscientização de Paulo Freire. Para que ocorra uma educação libertadora, é como se acontecesse um parto doloroso, e quem nasce deste parto é um ser novo e liberto que tem como objetivo, neste caso, aprender o que é ser médico.

Dessa forma, sobre aquela menina que, com a ajuda de seriados médicos, sonhava como seria esse momento, agora acrescentei alguns pontos a minha realidade que combinam bem com o que Rainer Maria Rilke diz em “Cartas a um Jovem Poeta”: "As coisas em geral não são tão fáceis de apreender e dizer como normalmente nos querem levar a acreditar; a maioria dos acontecimentos é indizível [...]" (RILKE, 2007).

Com isso, tenho consciência de que o internato não será como na televisão e também não será como a perspectiva que tive no início da graduação. Somente conseguirei aprender e dizer como será o meu processo de me tornar médica no caminho, que terá dificuldades, mas me sinto pronta para continuar a trilha-lo.

REFERÊNCIAS

[1] CAVALCANTE, Matheus Sousa; CAZOLARI, Priscila Gadelha; GALLIANO, Stefano Alvarenga; COHRS, Frederico Molina; SAÑUDO, Adriana; SCHVEITZER, Mariana Cabral. Qualidade de vida dos estudantes do primeiro e sexto ano do curso de medicina. Revista de Medicina, [S.L.], v. 98, n. 2, p. 99-107, 29 abr. 2019. Universidade de Sao Paulo, Agencia USP de Gestao da Informacao Academica (AGUIA). http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v98i2p99-107.

[2] GOMES, Andréia Patrícia e REGO, Sergio. Paulo Freire: contribuindo para pensar mudanças de estratégias no ensino de medicina. Revista Brasileira de Educação Médica [online]. 2014, v. 38, n. 3 [Acessado 29 Outubro 2022] , pp. 299-307. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022014000300003>. Epub 26 Set 2014. ISSN 1981-5271. https://doi.org/10.1590/S0100-55022014000300003.

[3] RILKE, Rainer Maria. Cartas a um jovem poeta. Tradução Pedro Süssekind. Porto Alegre: L&PM, 2007.

[4] SANTOS, Boaventura de Sousa. Um discurso sobre as ciências na transição para uma ciência pós-moderna. Estudos Avançados [online]. 1988, v. 2, n. 2 [Acessado 30 Outubro 2022] , pp. 46-71. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-40141988000200007>. Epub 29 Mar 2006. ISSN 1806-9592. https://doi.org/10.1590/S0103-40141988000200007.

[5] TRINDADE, Leda Maria Delmondes Freitas e VIEIRA, Maria Jesia. Curso de Medicina: motivações e expectativas de estudantes iniciantes. Revista Brasileira de Educação Médica [online]. 2009, v. 33, n. 4 [Acessado 29 Outubro 2022] , pp. 542-554. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022009000400005>. Epub 22 Jan 2010. ISSN 1981-5271. https://doi.org/10.1590/S0100-55022009000400005.

Capítulo 16

CORAÇÃO RESTRITO

Laura Santos Machado, Maria Áurea dos Santos Batista, Raimundo Emanuel Nascimento Rodrigues Júnior

Durante meu período de férias do ano 2021, decidi realizar um estágio hospitalar na área de Clínica Médica. O mesmo tinha como objetivo acrescentar experiência na prática médica ao me apresentar casos diversos em enfermaria e pronto socorro, com médicos experientes.

No início do estágio, tive a oportunidade de acompanhar corridas de leitos e passagem de casos com vários profissionais e, ao mesmo tempo, realizar a corrida de leito sozinha e somente passar para o médico responsável os casos. Eu sentia motivação e alegria com esse estágio, principalmente, porque a maioria dos casos que eu acompanhava se tratavam de COVID-19, porém tudo mudou com um caso específico que eu acompanhei por alguns dias, que marcou profundamente minha vida como estudante de medicina.

Em uma segunda-feira, decidi ir mais cedo para conseguir acompanhar os casos novos do final de semana na enfermaria, e rever os casos críticos que eu acompanhava. Assim que cheguei, encontrei no corredor um paciente que já havia acompanhado na semana anterior, se tratava de um caso de Insuficiência Cardíaca, e o paciente estava sendo transportado novamente para a enfermaria, mas dessa vez ele se apresentava de forma crítica, com máscara de oxigênio, desorientado e com fácies de dor. Logo, decidi ir direto para a enfermaria que ele estava sendo transportado para fazer uma avaliação inicial. Enquanto o maqueiro e a enfermeira instalavam o paciente no quarto, fui analisar seu prontuário com a acompanhante para entender o motivo do retorno do paciente naquela condição.

Depois de ver o prontuário e realizar um exame físico, pude perceber que quadro do paciente sugeria um tamponamento cardíaco grave, de modo que era necessária uma pericardiocentese de urgência, mas como estudante não poderia fazer tal procedimento, então contactei a secretaria da enfermaria e os médicos para encontrar o responsável pelo pronto socorro, o qual poderia realizar rapidamente o procedimento. Então, a médica responsável foi até a enfermaria, avaliou e confirmou a possibilidade de tamponamento cardíaco e começou a agir rapidamente, retirando a acompanhante do quarto e acionando a equipe médica. Diante da postura e da forma com que a médica falava, percebi que ela não sabia realizar aquele procedimento e sua prioridade era retornar para o seu posto no PS. Comecei a pensar que a vida daquele paciente havia sido deixada de lado e que nada seria feito para ajudá-lo, de modo que comecei a sentir raiva e impotência, resolvendo novamente ligar para os médicos na tentativa de salvar o paciente.

Nesse momento, percebi que ele agonizava com a dor e apresentava sinais de choque, de forma que, entrei em desespero e corri para procurar outros médicos no hospital até encontrar um anestesista e cirurgião geral, que avaliaram o paciente e ambos informaram que não fariam o procedimento também por nunca terem feito antes, e que

devíamos procurar o quanto antes um cirurgião mais experiente para aquela situação e, caso não encontrássemos a tempo, o paciente viria a falecer. Diante dessa fala, tentei argumentar, dizendo que eu já havia acompanhado o procedimento antes, que não era tão complexo, e que o médico deveria tentar, afinal havia uma vida em jogo ali. Apesar disso, a única resposta que ouvi foi: "eu sou um cirurgião geral, e não torácico, não irei assumir essa responsabilidade". Logo depois disso, o paciente evoluiu, teve um choque cardiogênico e veio a falecer na maca de transporte.

Então, o cirurgião me chamou e me pediu para verificar o óbito e ir informá-lo para o familiar que aguardava no corredor, visto que o paciente era meu e eu que tinha feito o diagnóstico. Nessa hora, a raiva deu lugar a um sentimento de tristeza por ter presenciado um paciente morrer sem ter recebido o auxílio necessário para sua condição. No momento em que informávamos o falecimento do paciente ao familiar, fui orientada por ele a falar que o paciente já havia chegado em um estado crítico e não havia o que ser feito, e enquanto eu gaguejava essas palavras, fui interrompida pela frase do médico: "fizemos de tudo pela vida do seu pai, mais infelizmente ele não resistiu". Nessa hora, enquanto o acompanhante agradecia o médico, fui me afastando dali, tentando lidar com a angústia.

Quando finalmente parei para refletir sobre o impacto de toda a situação, consegui relacionar diretamente com meus aprendizados durantes esses anos iniciais da medicina no eixo Reflexivo, principalmente no atual foco sobre o erro médico. Ficou claro para mim que a abordagem com a família e paciente foi errada e, ela desencadeou um medo para com a entrada no internato, visto que no futuro, serei responsável pelo atendimento e tomada de decisões que muitas vezes são capazes de mudar vidas e terem falhas, além de comunicar sobre diagnósticos difíceis e mortes sob os meus cuidados.

Primeiramente, resolvi abordar o erro médico, uma preocupação que nos assombra antes mesmo de entrar na faculdade. Nós podemos errar? O quanto o nosso erro afeta o destino de uma pessoa? Eu realmente posso perder meu CRM se errar! Para tanto, em minhas pesquisas encontrei uma analogia muito interessante, entre o erro industrial e o médico. Uma indústria tem poucos erros, pois ela realmente os aborda e acredita que eles podem ser cometidos e, com isso em mente, fazem planos e premissas para evitá-los diretamente. Na prática médica, por uma "síndrome de endeusamento" - não acreditamos que somos capazes de errar - ou por um medo recorrente do erro e como ele pode custar vidas, não abordamos, infelizmente, essa realidade e, para tanto, não temos planos, linhas de ação ou raciocínios para enfrentá-los ou reduzi-los (CARVALHO, 2002) [1].

O segundo ponto que abordei, foi entender quanto à modalidade da culpa, foi uma negligência, imprudência ou imperícia? Quando analiso o caso, fica claro que naquele espaço todos eram médicos formados, pelo menos com o conhecimento necessário para abordar uma parada cardíaca e um IC descompensada, descartando, então, a imperícia. Comparando a negligência e imprudência, me sinto compelido a apontar o primeiro como o "escolhido", a falta de ação, a sensação que a situação me passou de completo descaso e abandono do paciente naquele momento, apontam um erro grave, o que vai de encontro ao que entendemos como negligência, que entendemos como "não fazer o que deveria ser feito" (CORREIA-LIMA, 2012) [2]. Um médico não deve apenas cruzar os braços e ver o paciente parar, é uma regra básica que aprendemos no ACLS, existem padrões claros para declarar a morte de um paciente e, com toda certeza, ela aparece depois de trabalhos árduos na reanimação, ventilação e medicação.

Para finalizar sobre o erro, o que me assombra é saber se ele poderia ser evitado ou não, aquele homem teria falecido caso tivesse recebido o devido atendimento? O

raciocínio é paradoxo, ao pensarmos nos famosos “se”, não existe linha alternativa do tempo em que posso olhar e descobrir esse desfecho, configurando-se em uma das dúvidas eternas. Porém, posso pensar diretamente em como eu, como profissional médico formado, irei evitá-lo, utilizando dos fatores que me foram ensinados, evitando sempre o trabalho pós cansaços extremos, mantendo minha motivação para fazer sempre o melhor, entender meus limites e os do paciente e, sempre me lembrar, que naquele leito poderia ser um familiar, um amigo querido, o qual gostaria que recebesse o melhor cuidado e atenção do mundo (CARVALHO, 2002)[1].

Esse erro grave, desencadeou uma morte, e a princípio, apesar do choque, pensei que poderia finalmente ver uma profissional entregando uma notícia ruim, infelizmente, a decepção apenas se aprofundou, provando que meus estudos estão me levando para uma prática médica mais humana. Pela abordagem fria, com nenhuma aproximação do conjunto médico família, tive uma das poucas certezas de que não é como eu quero trabalhar.

Para tanto, em busca de aprofundar meus conhecimentos, busquei me recordar do que aprendi durante a graduação, em especial sobre a comunicação de notícias difíceis, em que fomos ensinados sobre diferentes abordagens nesse tipo de situação, se destacando entre elas o protocolo Spikes, que prioriza, junto de outras variáveis, a preparação do ambiente, a abertura para o diálogo, a transmissão de informações por meio do uso adequado de emoções e outras estratégias, questões que não foram levadas em consideração no cenário exposto, já que houve um apressamento de entregar a notícia e voltar para o trabalho sem apurar corretamente os familiares do paciente. Dessa forma, uma metodologia como o Protocolo Spikes pode ser bastante auxiliadora na minha prática e para que certamente, a transmissão de notícias difíceis será um dos aspectos que pretendo fazer de maneira diferente do que presenciei (LINO, 2011)[3].

Por fim, a experiência inédita desse estágio abriu dúvidas que são difíceis de abordar e nessa narrativa tentei abordar as principais. Apesar de tudo, fico feliz de poder expressar inseguranças e medos, poder compartilhar experiências que me fizeram crescer como pessoa e, acima de tudo, buscar por mais respostas e aprofundar no meu conhecimento para trazer o melhor para meus pacientes no futuro que agora não é mais tão distante, afinal, em dois meses já estarei no internato, com meus pacientes e vontade ainda maior de poder ser útil para eles. Sei que os momentos ruins chegarão também, terei que informar de falecimentos, mas com o aprofundamento nessa pesquisa me sinto mais capaz de trazer essa mensagem com maior delicadeza e “tato”, também sei que o erro médico é uma realidade, não sou Deus, que é Perfeito, sou humano capaz de infligir dor e ter dúvidas, mas isso me alerta, deixando com que fique mais atenta e tenha mecanismos para evitar meu erro e, no caso dele acontecer, que eu saiba como relatá-los e abordá-los. Para tanto, agradeço ao Eixo Reflexivo, nesse último período, o qual me trouxe uma abordagem mais humana, mais próxima do meu paciente/família e, com toda certeza, fará da minha medicina algo bonito de se ver.

REFERÊNCIAS

[1] CARVALHO, Manoel de; VIEIRA, Alan A. Erro médico em pacientes hospitalizados. Jornal de Pediatria, v. 78, p. 261-268, 2002.

[2] CORREIA-LIMA, Fernando Gomes. Erro médico e responsabilidade civil. Brasília: Conselho Federal de Medicina, Conselho Regional de Medicina do Estado do Piauí, p. 22, 2012.

[3] LINO, Carolina Arcanjo et al. Uso do protocolo Spikes no ensino de habilidades em transmissão de más notícias. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 35, p. 52-57, 2011.

Capítulo 17

COMUNICAÇÃO DE NOTÍCIAS DIFÍCEIS: UMA TEMÁTICA POUCO DISCUTIDA NO ENSINO MÉDICO

Leonardo Patrick Figueredo, Luiza Ferreira Barros

No último semestre, durante o ambulatório de Saúde do Adulto e Idoso de Gastroenterologia, atendemos um senhor de aproximadamente 70 anos. O paciente era diagnosticado com Linfoma e trouxe um exame de endoscopia digestiva alta com algumas alterações, e na ocasião, esperava o resultado de uma biópsia no estômago. Ao olhar os resultados com o professor que nos acompanhava no caso, constatamos que o paciente tinha um câncer no estômago em adição àquele que já fora diagnosticado. O professor nos disse que teríamos que contar ao paciente essa notícia difícil e fazer uma carta descrevendo nossos achados para equipe de oncologia.

Escolhemos essa situação para retratar no portfólio, pois foi um momento em que ficamos com muita angústia: como iriamos contar a esse senhor que ele tinha mais um outro câncer? No momento, nosso professor não nos orientou a respeito dessa conversa e deixou todas as decisões em nossas mãos. Mesmo com bastante insegurança, entramos na sala e perguntamos ao paciente se algum parente queria acompanhá-lo no momento da consulta para a conversa sobre os resultados dos exames. Ele negou e disse que sempre ia às consultas sozinho. A partir daí, explicamos que a biópsia constatou um câncer diferente do que ele já tinha e que iriamos repassar todas as informações dos exames para a equipe que cuida dele no Hospital do Câncer. O paciente reagiu de forma calma, fez algumas perguntas e nós respondemos todas elas.

Apesar do desfecho desse encontro ter sido razoável, nós como alunos saímos frustrados e decepcionados dessa experiência. Sentimos que fizemos o melhor que podíamos nessa situação, ao perguntar se ele tinha alguém que poderia acompanhá-lo, ao explicar e ao responder suas dúvidas. No entanto, fizemos tudo isso à base de grande insegurança e de certo abandono da supervisão do docente. Diante disso, entendemos que uma orientação sobre o que falar na hora de dar notícias difíceis, como acolher o sentimento do paciente e atender suas dúvidas, seria essencial para que possamos fazer o nosso melhor e com mais segurança. Além disso, uma abordagem desse assunto no currículo do curso se mostra importante para ajudar os alunos nesses momentos delicados.

No curso de medicina da Universidade Federal de Uberlândia, temos contato e aplicamos o protocolo SPIKES na disciplina Atividades Sensoriais, Reflexivas e Formativas V, uma ferramenta amplamente validada para a sistematização e desenvolvimento de habilidades na comunicação de notícias difíceis (SANTOS et al., 2021). O protocolo SPIKES é bastante usado em diversas áreas da medicina, dentre outros, no caso de pacientes oncológicos, como quando há recidiva do câncer ou quando são indicados cuidados paliativos. Cada letra vem do inglês e representa uma fase na sequência de seis etapas: S (setting up) – preparando-se para o encontro, P (perception) – percepção do paciente, I (invitation) – convite para o diálogo, K (knowledge) – transmitindo conhecimento ou

informação, E (emotions) – ter empatia e S (strategy and summary) – resumir e criar estratégias (KAPLAN, 2010). No entanto, existem evidências mostrando que somente conhecer a estrutura deste protocolo não supre as necessidades dos profissionais de saúde e pacientes ao transmitirem e receberem uma notícia difícil, respectivamente, por vezes sendo uma experiência prática insatisfatória e que necessitaria de uma orientação adicional (DEAN & WILLIS, 2016).

Lenkiewicz et al. (2022) mostraram que mais da metade dos estudantes de medicina não se sentem preparados para comunicar uma notícia difícil e que a maioria destes considera que vivenciar mais experiências durante a graduação seria fundamental para desenvolver esta habilidade. Verifica-se na prática clínica que quando há a necessidade de comunicar estas notícias, os profissionais se valem mais de seus talentos intuitivos do que de competências adquiridas na formação, o que pode ter consequências para o paciente quando isso é realizado de modo impreciso (SANTOS et al., 2021). Por outro lado, quando a comunicação é eficaz isso influencia fortemente no plano terapêutico e na relação médico-paciente, portanto, sendo imprescindível a aquisição desta competência (SOBCZAK et al., 2018).

Evidências têm demonstrado que quando um estudante participa de momentos em que um docente capacitado realiza a comunicação de uma notícia difícil, ele se declara mais apto e se torna mais confiante neste processo (LENKIEWICZ, 2022). Porém, a maioria dos professores não se sentem capazes de orientar seus alunos à comunicar notícias difíceis porque normalmente tem padrões de comunicação construídos principalmente na sua formação de trabalho e guiados pelas vontades de familiares do paciente, o que justificaria, inclusive, a falta de orientação que tivemos em nossa vivência (MOSTAFAVIAN & SHAYE, 2018; OIKONOMIDOU et al., 2017).

Portanto, o que nossa experiência prática e a literatura nos mostra é que as notícias difíceis são parte da vivência profissional médica e que devemos estar aptos para realizá-las da forma mais correta e humanística possível porque isso impacta diretamente na formação de vínculo com o paciente e com a família, tendo por consequência a consolidação do plano terapêutico ou paliativo. Desenvolver esta habilidade e adquirir confiança na comunicação também colaboram para diminuir o sentimento de insuficiência que carregamos frente à um paciente já tão fragilizado, tendo a certeza que estamos fazendo o melhor quanto profissionais.

Podemos refletir ainda que o estudante necessita de ter mais contato com a temática dentro do curso de medicina visto sua extrema importância na prática clínica, para que não somente o aluno se sinta verdadeiramente capaz de manejar situações difíceis, mas para que se tornem futuros docentes capazes de ensinar outros alunos. Para isso, podemos pensar em mais intervenções curriculares voltadas a temática, assim como propostas de formação continuada para médicos, sejam eles docentes ou não, que se veem a quase todo momento tendo que transmitir uma notícia difícil e não conseguem dimensionar como fazer isso com excelência impacta na qualidade de vida do paciente que está ali a sua frente.

REFERÊNCIAS

[1] DEAN, A.; WILLIS, S. The use of protocol in breaking bad news: evidence and ethos. International Journal of Palliative Nursing, v.22, n.6, p.265-271, 2016.

[2] KAPLAN, M. SPIKES: A Framework for Breaking Bad News to Patients With Cancer. Clinical Journal of Oncology Nursing, v.14, n.4, p.514-516, 2010.

[3] LENKIEWICZ, J. et al. Delivering Bad News: Self-Assessment and Educational Preferences of Medical Students. Int. J. Environ. Res. Public Health, v.19, n.1, p.1-9, 2022.

[4] MOSTAFAVIAN, Z.; SHAYE, Z.A. Evaluation of physicians' skills in breaking bad news to cancer patients. Journal of Family Medicine and Primary Care, v.7, n.3, p.601-605, 2018.

[5] OIKONOMIDOU, D. et al. Doctors' Perceptions and Practices of Breaking Bad News: A Qualitative Study From Greece. Health Commun., v.32, n.6, p.657-666, 2017.

[6] SANTOS, K.L. et al. Development and validation of The Breaking Bad News Attitudes Scale. BMC Medical Education, v.21, n.1, p.1-10, 2021.

[7] SOBCZAK, K. et al. Delivering bad news: patient's perspective and opinions. Patient Prefer Adherence, v. 12, n.1, p.2397-2404, 2018.

Capítulo 18

ALÉM DA MEDICINA

Lucas Rodrigues de Abreu, Thomas Alberto Macedo da Silva Resende

Ao pensar na melhor forma de iniciar essa narrativa, tivemos a ideia de que não há nada mais justo do que fazendo uma breve reverência às nossas origens e passados. Lucas, "goiano do pé rachado", natural e procedente de uma pequena cidade no interior do estado de Goiás, chamada Morrinhos, e Thomas, carioca, natural do Rio e procedente de Petrópolis, tivemos o prazer de ter Uberlândia como nossa nova morada desde o ano de 2018, ano em que começamos a trilhar a nossa jornada no curso de graduação em Medicina na Universidade Federal de Uberlândia.

Ao chegar na cidade, vislumbrados com a ideia de viver o nosso sonho, nos deparamos com uma mistura de felicidade e medo. A felicidade faz morada nos momentos em que nos pegávamos vivendo e fazendo tudo aquilo que sonhamos durante anos, desde uma vivência prática em um cenário hospitalar, até mesmo em uma quinta-feira à noite no tradicional Arquibancadas Sports Bar. Contrapondo a isso, o medo estava presente em toda véspera de prova e em tudo aquilo que de alguma forma nos fazia refletir sobre, como poderíamos tirar o melhor proveito dos anos de faculdade para conseguir oferecer o melhor acesso a saúde a todos os nossos pacientes em um futuro que está cada vez mais próximo?

Com o fim do Ciclo básico e início do Ciclo clínico, o contato com o paciente tornou-se cada vez mais frequente, principalmente nos ambulatórios. Além de ser um ambiente rico do ponto de vista didático e acadêmico, foram nesses espaços que aconteceram algumas das vivências mais marcantes das nossas formações até o momento.

Ao refletirmos sobre a escolha de uma vivência que nos marcou, de maneira positiva e negativa, logo lembramos da paciente Joana (nome fictício), 72 anos, viúva, que veio desacompanhada à consulta de retorno no ambulatório especializado de ginecologia.

Naquela tarde de ambulatório, dona Joana nos deu o privilégio de aprender um pouco de medicina e muito da vida real. A vida real que dona Joana nos mostrou, era a de que a medicina na prática é muito diferente daquela que estamos acostumados a ver nos livros e nas aulas.

Para estabelecer um diagnóstico e propor um tratamento para dona Joana, era necessário que com certa urgência, fosse feito um exame de ressonância nuclear magnética de toda a sua pelve, afinal, como visto nas aulas, aquela era a propedêutica. Infelizmente, na mesma aula esqueceram de nos avisar que vivemos em um país em que uma ressonância nuclear magnética pode custar quase o valor de 1 salário mínimo, e dona Joana, aposentada, deixou bem claro, ao cair em prantos durante a consulta, que não teria condições de arcar com os custos daquele exame.

A partir de então, percebemos que para ajudar dona Joana, precisaríamos não apenas do melhor conhecimento técnico e biomédico, mas sim da habilidade que até então, pretensiosamente, julgamos ser inerentes ao ser, a habilidade de comunicação.

Silverman (2013), ao abordar as peculiaridades na comunicação com pacientes idosos, cita características importantes a serem consideradas no atendimento dessa população, como a necessidade de conhecer por completo a realidade do paciente, buscando entender o que ele espera de seu médico, se existe demandas em outros âmbitos da sua vida e qual a rede de apoio daquele paciente.

Ao explorar um pouco mais da história da Dona Joana naquele dia, ela nos contou que apesar de vir desacompanhada à consulta, possui 3 filhos vivos e hígidos. A partir dessa informação, nos veio em mente a ideia da necessidade de envolver os filhos, até então ausentes, nos cuidados da mãe.

Quando perguntamos sobre a possibilidade de contatar os filhos para que ajudassem a custear o seu exame, Dona Joana ficou visivelmente receosa, o que se confirmou no momento em que se expressou dizendo se sentir tremendamente envergonhada em “incomodar” os seus filhos, que certamente seriam repreendidos por suas 3 noras, caso retirassem dinheiro da renda de suas casas e de seus filhos (netos de Dona Joana) para custear despesas da mãe.

Ao conversar um pouco mais com Dona Joana, selamos o acordo de que na próxima consulta traria pelo menos um dos filhos para que nós pudéssemos explicar sobre a gravidade e urgência de seu quadro.

Na semana seguinte, já na consulta de retorno, Dona Joana vem acompanhada de seu filho Cláudio (nome fictício), que ao ser informado sobre o quadro de sua mãe diz estar surpreso por não ter ideia de que sua mãe se encontrava em uma situação tão grave. Foi somente nessa segunda consulta que conseguimos entender que Dona Joana, de maneira altruísta, preferia não compartilhar dos seus problemas de saúde com a família para não “dar trabalho” para seus filhos.

Cláudio, após ser informado de todas as demandas de sua mãe, se prontificou em participar e acompanhar a mãe nas consultas dali pra frente, bem como, ajudar no custeio do exame imprescindível para o diagnóstico e tratamento de sua mãe.

Somos gratos a Dona Joana, por nos mostrar que muito além de *guidelines*, como futuros médicos, precisamos da habilidade de comunicar com o paciente e criar vínculos, para que assim possamos de maneira gentil, pedir licença para entrar em seu mundo, e entender sua realidade e o meio em que está inserido.

REFERÊNCIAS:

[1] SILVERMAN, Jonathan. Skills for Communicating with Patients. Boca Raton: CRC Press, 2013.

Capítulo 19

SAÚDE MENTAL E MEDICINA HUMANIZADA: PARA QUEM?

Lorena Fialho Franco de Melo, Mariana Giorgiani

Durante o curso de medicina somos constantemente abordados pelo tema "humanização da medicina" e a importância de valorizar os aspectos psíquicos e sociais do paciente e do próprio médico. Essa abordagem é frequente em todos os eixos de disciplinas obrigatórias, sendo que a maior parte dos docentes reforça a importância de tratar os pacientes como seres humanos únicos e complexos.

Entretanto, nós, futuros médicos, por vezes nos deparamos com situações que escancararam uma verdadeira incongruência — ou até mesmo hipocrisia. Somos cobrados a expressar empatia e ter humanidade nos atendimentos ao mesmo tempo em que somos desumanizados por um sistema de ensino que enxerga o acadêmico de medicina como máquina de produzir e que não pode demonstrar suas fraquezas.

É nesse contexto que surge o adoecimento psíquico dos estudantes de medicina, o que pode ser compreendido e exemplificado em um caso que vivenciamos recentemente e que será aqui relatado porque significou, para nós, a confluência de todos nossos sentimentos e percepções acerca da incongruência dessas cobranças. O episódio disparador dessa narrativa ocorreu no período atual do curso, em um cenário de pré-internato que se resume em insegurança, auto cobrança e cansaço.

Para fins contextuais, é válido pontuar que em muitas aulas somos divididos em subgrupos para obter melhor aproveitamento e rendimento do aprendizado. Em um desses subgrupos, o professor responsável solicita que os alunos façam apresentações para os colegas, de forma que cada semana um aluno é responsável por um assunto pré-definido.

Embora tenhamos muitas ressalvas a esse método de ensino, esse não é o foco desta narrativa, que está direcionada à apresentação de João (nome fictício) ao seu subgrupo. Na véspera de sua apresentação, João solicitou ao professor que adiasse a atividade, visto que ele havia conseguido uma consulta psiquiátrica de "encaixe" para o dia seguinte. Essa solicitação foi irredutivelmente negada pelo professor, de forma que João foi apresentar a atividade avaliativa ressaltando que precisaria sair mais cedo para ir à consulta.

Durante a apresentação era visível que João estava ansioso e angustiado, de forma que se perdia várias vezes em suas falas, mas se esforçava para continuar. Ainda assim, era constantemente interrompido por falas em tom ríspido do professor, tais como "assim não vai dar tempo", "mais rápido", "desse jeito não vai dar". Chegando próximo ao que imaginamos ser o meio da apresentação, João desistiu e disse que não conseguia mais continuar. O que se seguiu então é de uma brutalidade imensa.

O professor, evidentemente irritado, disse que o ocorrido era um absurdo, que João não havia se dedicado, e que "fraqueza nenhuma" justificaria aquilo (referindo-se à

situação de sofrimento psíquico relatada por João). Como se não fosse torturante o suficiente ver um colega sendo massacrado dessa forma, um golpe final foi proferido pelo doutor, que disse que o ensino dos colegas fora prejudicado por João e, portanto, uma prova sobre o tema seria aplicada a todos os integrantes do subgrupo - uma clara tentativa de colocar os próprios alunos contra João.

Exclamações saíram da boca de todos os presentes insatisfeitos com a nova cobrança, sendo que alguns até olharam com certa raiva para João. Nós, por outro lado, olhávamos com desespero para todos, principalmente por perceber que para muitos dos colegas aquela situação não era tão absurda.

Assim, nossos sentimentos eram de incredulidade com o que estava ocorrendo, tanto pelas atitudes do professor quanto pelo egoísmo e individualismo dos outros alunos. Mentalmente questionamos o que foi feito com a empatia que somos constantemente ensinados a ter com nossos pacientes.

Uma de nós, que já havia apresentado, desejava apenas abraçar João e contar para ele que só tinha conseguido devido ao uso de medicamentos calmantes, tamanha era a pressão colocada pelo professor sobre aquele momento. Porém, nada fizemos além de nos sentirmos indignadas e conversarmos entre nós sobre o ocorrido. Ou seja, aos olhos de João e de outros colegas fomos coniventes com o posicionamento do professor.

Apesar de compreendermos, retroativamente, que foi uma atitude errada não oferecer apoio imediato a João, também conseguimos enxergar que o nosso comportamento foi moldado pelo medo e insegurança causados pelo professor - e por muitos outros como ele ao longo do tempo.

Horas depois do ocorrido, João enviou uma mensagem no grupo de WhatsApp com um atestado médico de seu psiquiatra constatando que ele estava em quadro depressivo e havia tentado auto-extermínio três vezes. Essa foto do documento era seguida de um pedido de desculpas de João aos seus colegas. Ou seja, ele precisou expor algo extremamente pessoal em busca de um pouco de empatia.

Mesmo após enviarmos mensagem de apoio para João e demonstrar compreensão e solidariedade, permaneceu uma dúvida: “O que poderia ser feito pela própria universidade com relação à saúde mental do estudante de medicina?”, sendo essa a questão que tentamos responder nesta narrativa.

É preciso ressaltar que o caso narrado não é um ponto “fora da curva”. Na verdade, é uma situação muito mais frequente do que todos nós imaginamos. Enquanto os Transtornos Mentais Comuns, que incluem os diagnósticos de ansiedade e depressão, atingem de 12 a 15% da população brasileira, estudos realizados em universidades do país indicam prevalência muito maior entre os alunos de medicina.

Um exemplo é a pesquisa realizada por Bartira Sacramento *et al* (2018), com alunos de medicina de uma capital do nordeste brasileiro, segundo a qual 30,8% dos alunos apresentavam sintomas de ansiedade, enquanto 36% tinham sintomas de depressão. Já um estudo realizado por Rezende *et al* (2008) apontou que na Universidade Federal de Uberlândia (UFU), a prevalência de sintomas depressivos entre os estudantes de medicina chegava a 79%.

Além disso, sabe-se que os estudantes de medicina apresentam maior risco de suicídio que a população geral, chegando a uma prevalência assustadora de 6,9%!

Segundo estudo publicado por Marcon (2019) alguns fatores de risco associados à tentativa de suicídio são: sexo feminino, homossexualidade, menor renda e *bullying.*

Ou seja, não há dúvidas de que a saúde mental do estudante de medicina precisa ser prioridade nas universidades. A literatura indica que as cobranças excessivas e as exigências do ensino médico são fatores precipitantes para o surgimento da depressão, que se agrava nos dois últimos anos de curso em alunos que já apresentavam sintomas ao ingressarem na universidade.

Assim, é fundamental que os gestores de cursos de medicina de universidades públicas e privadas atuem ativamente para impedir que seus alunos deteriorem sua saúde mental. O primeiro passo é fazer com que os docentes conheçam as estatísticas de suicídio entre os alunos e recebam orientações por parte da gestão sobre a importância de mudarem a forma de ensinar e de acolher os alunos.

Para isso podem ser oferecidos cursos, palestras e rodas de conversa entre os docentes e estudiosos de renome da área da saúde mental, de forma que compreendam que a formação médica deve se atualizar e ser diferente de como era antigamente. Afinal, eles até podem ter "sobrevivido" às cobranças, mas com certeza conhecem colegas de profissão que buscaram o caminho do auto-extermínio.

Além disso, sabendo que as universidades são falhas em identificar e acolher os alunos com transtornos depressivos, é fundamental disponibilizar atendimento psiquiátrico e psicoterapia aos discentes - gratuito quando possível ou com valor social. Dessa forma, os casos seriam mais rapidamente identificados e os danos seriam, portanto, reduzidos.

Prova da efetividade dessas ações consta em artigo do pesquisador Stuart Slavin (2016), publicado no JAMA, com relato de que após implementar mudanças curriculares na Universidade de Saint Louis (EUA) houve uma redução de 27% para 11% nas taxas de depressão, bem como melhor rendimento dos alunos em provas. O autor reforça que as universidades falam muito sobre o bem-estar dos alunos, mas assumem pouca responsabilidade, alertando que os gestores devem agir e encontrar caminhos para melhorar a cultura e o ambiente do ensino médico.

Muitos alunos tentam assumir esse papel e se unem para promover ações nos campus universitários que ajudem a restabelecer o equilíbrio, como meditação, grupos de oração, atividade física e rodas de conversa. Mas, sem o apoio da administração do curso, essas ações acabam sendo desfeitas, pois se tornam mais uma sobrecarga para os alunos que as organizam. Assim, ao estudante só resta reunir forças para não desistir, buscando ajuda profissional sempre que possível.

A carga horária e a quantidade de atividades - muitas vezes sem qualquer fundamento - é tamanha que se torna cansativo sustentar uma vida pessoal ou qualquer outro hobby que se tinha antes da faculdade. Passamos horas ou dias inteiros no hospital, nos dedicamos, tratamos bem e com toda a humanidade possível os pacientes (inclusive aqueles que nos destratam por sermos alunos), mas nos bastidores somos julgados pelos próprios preceptores, com direito a uma dose de assédio moral disfarçado de crítica construtiva ou piadinha.

“Mas tudo bem, é pra você aprender” - é o que dizemos a nós mesmos. Só que um dia, por fim, o cansaço te alcança, junto com cada violência verbal engolida a seco e com a saudade da família e amigos, e você se vê deprimido, frustrado, e percebe que você é um ser humano como qualquer outro e tem limites.

Por fim, compreendemos que já passou da hora de modificar a formação médica no Brasil. Afinal, um estudante em um ambiente seguro, acolhedor, e marcado por boa qualidade de vida tem muito mais chances de possuir a sanidade psíquica necessária para realizar atendimentos humanizados, e consequentemente, se tornar um grande profissional - até mesmo para no futuro cuidar daqueles que hoje são professores e os humilham.

REFERÊNCIAS

[1] Leão, Andrea Mendes et al. Prevalência e Fatores Associados à Depressão e Ansiedade entre Estudantes Universitários da Área da Saúde de um Grande Centro Urbano do Nordeste do Brasil. Revista Brasileira de Educação Médica [online]. 2018, v. 42, n. 4 [Acessado 31 Outubro 2022] , pp. 55-65. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n4RB20180092>.

[2] Junior, Miguel Angelo Giovanni Noronha et al. Depressão em estudantes de medicina. Revista Médica de Minas Gerais. 2015; 25(4): 562-567. [Acessado 31 Outubro 2022]. Disponível em: <https://bit.ly/3UeLlQY>.

[3] Marcon, Grasiela. Quem são os estudantes de medicina que tentam suicídio?. 2019, 73 pg. Programa de Pós Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento. - Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) 2019. Disponível em: <https://bit.ly/3gYmrqC>.

[4] Abrão, Carolina Borges, Coelho, Ediane Palma e Passos, Liliane Barbosa da Silva. Prevalência de sintomas depressivos entre estudantes de medicina da Universidade Federal de Uberlândia. Revista Brasileira de Educação Médica [online]. 2008, v. 32, n. 3 [Acessado 31 Outubro 2022] , pp. 315-323. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000300006>.

[5] Slavin, SJ... Medical Student Mental Health. JAMA, 316(21), 2195. Disponível em: <https://doi:10.1001/jama.2016.16396>.

Capítulo 20

SAÚDE MENTAL: UMA PERSPECTIVA SOBRE A PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NO CUIDADO DO PACIENTE COM TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS

Marcela Gomes de Souza, Samyla de Almeida Silva

Ao longo dos anos, no curso de medicina, temos a oportunidade de estudar profundamente o corpo humano e compreender a fisiologia que rege os organismos. Nesse sentido, ao sofrer uma injúria nosso corpo arregimenta-se para contê-la podendo manifestar sinais e sintomas identificáveis por meio da história clínica, exame clínico, como , palpação, ausculta e/ou exames complementares, os quais, também, podem nos sugerir as causas.

Nessa perspectiva, a vivência no oitavo período do curso demarcou um momento singular em nossa trajetória, pois pela primeira vez nos foi oportunizado o estudo sobre os transtornos mentais por meio da disciplina de psiquiatria, além do contato em enfermarias com pacientes hospitalizados. Os transtornos de abrangência dessa especialidade, em sua maioria, não são evidenciados por meio de técnicas semiológicas, tampouco por meio de exames complementares, mas sim pela escuta e observação direta do paciente, isto é, por intermédio de vivências subjetivas por eles relatadas.

Nesse contexto, em uma das visitas ao hospital conhecemos BGS, um jovem de 26 anos, recém-formado que se encontrava internado na enfermaria de psiquiatria. Durante a inspeção, BGS encontrava-se corado, orientado, sem evidências de desconforto ou dor física, contudo, sua história revelava um sofrimento crônico que se instalou em uma esfera não palpável. Quando criança BGS foi alvo de *bullying* na escola em virtude de sua aparência, fato que lhe trouxe inúmeros transtornos, como episódios depressivos, além do receio de socialização. Além disso, ao conversar com sua família sobre seus sentimentos, a figura paterna o reprimia duramente não permitindo espaço para tais discursos.

Diante do relato de BGS foi possível refletir que a sociedade, por desinformação ou preconceito, não encara a saúde mental como parte do cuidado individual, sendo esta manejada como uma fragilidade do caráter ou personalidade e não como questão médica.

Nesse sentido, acreditamos que tais eventos, aliados ao acesso tardio a recursos, levaram ao desenvolvimento de um quadro grave de doença mental, denominado transtorno bipolar (diagnóstico recebido na atual internação) que teve seu início marcado por sentimentos de baixa autoestima, insegurança e medo.

Dentre tantas experiências desagradáveis que a doença o havia proporcionado, pela primeira vez esboçava um sorriso no rosto durante a entrevista. O motivo era sua mãe. Uma mulher que em todo momento validava sua identidade e reconhecia seus sentimentos e manifestações. Nesse sentido, o receio de socialização somada a fraca rede de amigos criou em si a necessidade de ter uma figura que demonstrasse afeto, cuidado e correspondência, atributos que encontrou em sua progenitora a qual o motiva hoje a seguir com o tratamento.

Dessa forma, as vivências proporcionadas na disciplina de psiquiatria, bem como, o cenário prático nas enfermarias possibilitam constantes aprendizados e nos desafiam a repensar as estratégias de cuidado do paciente com transtornos mentais. Assim, o caso em questão possui para nós um aspecto marcante da mesma maneira que possui aspectos decisivos para no processo de adoecimento do paciente e fundamentais para a construção do seu itinerário terapêutico. Nesse sentido, nos foram oportunizadas três questões de aprendizado: "Quais são as principais dificuldades vivenciadas pelos familiares dos portadores de transtornos mentais?", "Qual a importância da família no cuidado ao paciente psiquiátrico?" e, por fim "Como a família pode contribuir com a assistência ao paciente com sofrimento psíquico?"

Em primeiro lugar, segundo evidências científicas, pode-se afirmar que para a sociedade a doença mental configura-se como um estigma, sendo determinada por valores culturais, fato que justifica práticas de exclusão, preconceito e segregação (MADEIRA, 2016). No caso de BGS podemos observar essa expressão principalmente na figura do pai que reprime e critica a condição do jovem, banalizando um problema inicial de *bullying* que posteriormente se tornou um transtorno mental.

Historicamente, era incomum a família estar incluída na assistência ao paciente com adoecimento psíquico, o qual possuía apoio de figuras médicas e instituições estatais, encarregadas da sua cura, custódia e assistência. À família cabia identificar o distúrbio e encaminhar para a reclusão, fornecer informações importantes, às vezes visitar o doente e esperar por sua recuperação (MADEIRA, 2016). Nesse sentindo, a atitude do pai do BGS não é justificada, mas pode ser entendida como um desconhecimento da condição do filho e como uma carência de orientação e suporte para lidar com o distúrbio, haja vista que durante muito tempo da história do cuidado em psiquiatria a família foi excluída da assistência ao doente mental.

Nesse seguimento, a experiência de convívio com um portador de transtorno mental demanda uma nova forma de organização, pois esse requer maior atenção além de cuidados específicos, os quais estão relacionados a custos, sobrecarga familiar e estresse emocional e econômico. Outrossim, a carência de suportes institucionais não permite que as famílias sejam suficientemente amparadas para o enfrentamento do problema (MADEIRA, 2016).

De outro modo, vale ressaltar que a maioria dos cuidadores de pacientes com sofrimento psíquico no ambiente doméstico são mulheres. Existe uma feminização da responsabilidade de assistir o indivíduo com doença mental deixando claro que o provimento de cuidado para familiares é uma questão de gênero historicamente produzida e mantida pela sociedade que vê na mulher uma cuidadora por excelência, para familiares adoecidos ou não (SANTIN, 2011). Nessas circunstâncias, podemos correlacionar esse fato com a história de BGS, em que a mãe é componente importante de apoio e suporte no enfrentamento do seu transtorno mental.

Diante do exposto, segundo Madeira (2016), a família deve adaptar-se com vistas a manter um equilíbrio que propicie uma melhor qualidade de vida para todos da casa. Por isso, é fundamental conhecer e compreender a doença evitando aborrecimentos e até mesmo constrangimentos em relação a atitudes que o doente venha a apresentar, como as crises e a agressividade.

Dessa forma, o novo racional na atenção à saúde mental requer compreender o sujeito de maneira holística, como um ser que sofre, que enfrenta momentos desestabilizadores, como separação, luto, perda de emprego, carência afetiva, entre

outros problemas que motive a busca pela assistência. Assim, o modelo de cuidado deve prestar uma atenção à saúde voltada à integração social do sujeito, procurando mantê-lo em seu contexto familiar e comunitário sendo a família e a comunidade um meio para restabelecimento de vínculos e novos modos de viver (SANTIN, 2011).

Como exposto por Santin (2011), para amenizar a sobrecarga familiar e alcançar o cuidado em saúde mental é primordial que se construa uma rede de cuidados, não deixando o indivíduo somente como responsabilidade da família ou dos serviços de saúde. Nesse sentido, é necessário a existência de uma rede de sistemas que possa dar suporte ao indivíduo e à sua família, como por exemplo, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), por meio da implementação de iniciativas que aproxime a família do serviço, como as visitas domiciliares e a inserção dos usuários em seu meio social, por intermédio da participação em eventos do município, na organização de passeios e em confraternizações dentro e fora do serviço (SANTIN, 2011).

Além do exposto, Asevedo (2020) sugere algumas ações para o cuidado da saúde mental dentro do ambiente familiar como: construção de relacionamentos fortes e afetuosos; auxílio a crianças e jovens no desenvolvimento da autoestima para que se sintam bem consigo mesmos; demonstrar amor e aceitação; ouvir e respeitar seus sentimentos; aproveitar a hora das refeições para conversar; ajudar o filho a encontrar alguém com quem conversar, caso não se sinta confortável em falar com você; criar um ambiente doméstico seguro e positivo; ser um modelo, cuidando de sua própria saúde mental, falar sobre seus sentimentos; reservar tempo para coisas que vocês gostem e ensinar seus filhos a relaxarem quando estiverem chateados.

Portanto, a família é uma instituição social poderosa para a promoção da saúde e é possível pensar e implementar estratégias de cuidado em saúde mental que atinjam todos os seus membros. Cabe ao Estado nesse contexto fornecer condições e garantias, como educação de qualidade, saneamento básico, acesso a atividades de lazer e cultura, imprescindíveis para que a família possa concentrar esforços nos cuidados da pessoa com transtorno mental. Já o papel dos serviços de saúde é desenvolver estratégias e projetos que além de garantir a assistência a pessoa com transtorno mental, inclua a família no cuidado, mas também ampare e ofereça orientação e cuidado à essa família (ASEVEDO, 2020). Dessa forma, para o sucesso no tratamento do nosso paciente, governo, família e a assistência em saúde devem trabalhar de forma coesa e contínua.

REFERÊNCIAS

[1] ASEVEDO, Elson. Secretaria Nacional da Família, Brasília. O papel da família na promoção da saúde. Coleção família e desenvolvimento humano, v.1, p. 11-13, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/acolha-a-vida/diagramacaoSNFfamiliaesaudementaldigital.pdf>.

[2] MADEIRA, Maria Teresinha; CUNHA, Dário. As dificuldades e desafios da família envolvida com portador de transtorno mental. Artigo científico apresentado ao curso de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Faculdade de Enfermagem, Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí (UNIDAVI). Santa Catarina, RS. 2016. Disponível em: <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/02/Maria-Teresinha-Madeira.pdf>.

[3] SANTIN, Gisele; KLAFKE, Teresinha Eduardes. A família e o cuidado em saúde mental. Barbaroi, p. 146-160, 2011. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/1643>.

Capítulo 21

ESTAMOS MESMO PREPARADOS?

Daniel Lucas Pimenta Pinheiro, Diego Martins Simamoto, Thiago Ferreira Moreira

Indubitavelmente, o curso de medicina nos permite conhecer ambientes novos e vivenciar experiências inéditas a todo momento, de modo que, frequentemente, somos desafiados a extinguir nossos preconceitos, enfrentar nossos medos, e refletir a respeito de nossas ações e como elas impactam nas pessoas e no local em que estamos inseridos. Assim sendo, a experiência por nós vivenciada que escolhemos aqui relatar refere-se ao nosso contato inicial com os pacientes psiquiátricos e como eles mudaram a nossa forma de enxergar o mundo e o nosso futuro no internato.

Tal experiência ocorreu em uma segunda-feira à tarde, quando nos reunimos em grupo para visitarmos os pacientes internados na psiquiatria do HC-UFU. Chegando lá, uma paciente já nos aguardava para relatar sua história de vida e como ela havia chegado até ali. Inicialmente, por se tratar de um paciente psiquiátrico, e devido aos nossos preconceitos, estávamos um pouco receosos a respeito da veracidade e da credibilidade da história relatada pela paciente. Entretanto, no decorrer da conversa, com sua lucidez e inteligência, ela foi capaz de dilapidar todos os nossos preconceitos, de modo que a conversa tornou-se cada vez mais interessante e cativante. Em suma, a paciente era uma arquiteta, mãe de família, que sofria de transtorno bipolar e estava em tratamento no HC UFU.

O diálogo com a paciente nos possibilitou uma profunda reflexão, uma vez que pudemos analisar a situação de uma perspectiva dupla. A primeira refere-se ao ponto de vista da paciente, à empatia que sentimos por ela, uma vez que, ao nos imaginarmos no lugar dela, nos ficou claro que as doenças psiquiátricas não escolhem classe social ou escolaridade, e que independentemente de sermos médicos ou não, estamos vulneráveis a tais patologias. A segunda refere-se à visão do médico, do cuidador, e da extrema responsabilidade de se cuidar de uma pessoa em um momento de tamanha fragilidade, em que ela se entrega totalmente ao plano terapêutico estabelecido pelo profissional. Esta última perspectiva, para nós futuros internos, é a mais aterrorizante, uma vez que teremos apenas dois anos para nos formarmos como médicos tecnicamente competentes, a ponto de uma pessoa depositar sua total confiança em nossas habilidades.

Apesar de estarmos apenas como observadores, enquanto o professor realizava a anamnese, foi claro nosso despreparo para lidar com este tipo de paciente quando nos era questionado sobre diagnóstico e conduta frente ao caso. Isso nos causou desconforto e angústia, pois o paciente espera de nós uma resposta, que não pudemos dar. Diante disso, lemos sobre a síndrome que a paciente apresentava para termos um maior entendimento teórico sobre sua condição. Como médicos devemos saber admitir quando não sabemos de algo, mas de igual importância é estudarmos para dar respostas aos questionamentos dos pacientes e praticar uma medicina baseada em evidências.

Além disso, a paciente também relatou ter tido contato com alguns serviços de saúde onde sua opinião não era respeitada, o que a inviabilizou de tomar decisões acerca de seu próprio tratamento. Nesse cenário, na busca por adquirir aprendizados embasados na situação vivenciada, nos questionamos como podemos estar preparados para assumir as inúmeras responsabilidades inerentes da profissão no internato e após a formação? Ademais, como vamos assegurar um cuidado integral com autonomia dos pacientes nos seus respectivos projetos terapêuticos?

Quanto às responsabilidades, destaca-se que no internato, os discentes aprendem medicina em situações reais do cotidiano hospitalar e nessa rotina tem-se pouco espaço para os momentos de introspecção. Os questionamentos e angústias existem, e a autoavaliação é realizada frente ao paciente por meio da capacidade diagnóstico-terapêutica. Assim, percebe-se que a realidade profissional é muito distorcida e dissuadida do ideal de cura e controle sobre a vida dos pacientes. Por fim, na prática, emergem-se angústias com situações-limite relacionadas ao morrer e à morte (MARTA, 2009).

Nessa perspectiva, a presença de insegurança, dor e sofrimento nos ambientes salutares afeta emocionalmente o profissional da saúde. Isso faz com que a medicina seja uma das ciências que mais expõem o indivíduo a seus conflitos essenciais. Tem-se uma vertente errônea de pensamento segundo a qual os discentes devem ser protegidos do desenvolvimento emocional que diversas condições provocam, dando pouca ênfase para a formação humana do estudante. Entretanto, destaca-se a necessidade de uma relação tênue de envolvimento necessário com o paciente, assegurando-lhe assistência humana e protegendo-se da impactação da situação para manter-se hígido e com capacidade de atuação. Dessa forma, isso deveria ser treinado no ambiente acadêmico e não simplesmente acontecer durante os anos iniciais de profissão, com possíveis prejuízos para o médico e o paciente (MARTA, 2009).

As doenças psiquiátricas foram historicamente tratadas de forma violenta, desumana e pautadas na exclusão destes doentes da sociedade, à exemplo do que ocorreu em Barbacena. Pelo relato da paciente, algo que nos marcou e chocou muito foi a manutenção de condutas voltadas para uma perspectiva patológica do cuidado e com formas de tratamento, das pessoas internadas, extremamente bárbaras (MATOS-DE-SOUZA, 2021).

Nesse sentido, tendo como base a Reforma Psiquiátrica, a construção de um projeto terapêutico singular (PTS) é uma importante ferramenta na participação do usuário e sua família em seu tratamento, provendo autonomia para o mesmo (DE CARVALHO et al., 2012). No caso da paciente, a utilização do PTS seria de extrema importância para que tivesse uma melhor adesão ao tratamento e uma passagem pela clínica de forma não violenta. Ela disse que não queria utilizar drogas injetáveis e que, por isso, era amarrada e ficava dopada para que estes medicamentos fossem administrados pela equipe da clínica onde foi internada. Assim, nota-se uma quebra total da relação médico paciente. Se a equipe tivesse um olhar voltado não para a doença, mas para a paciente por trás daquela patologia, certamente ela teria um maior conhecimento sobre seu estado mental, maior autonomia sobre seu corpo e maior efetividade no tratamento, como, segundo a própria paciente relatou, ocorre no cenário do HC-UFU, onde ela consegue discutir com os profissionais a necessidade e as possibilidades terapêuticas de cada etapa do tratamento e conta com uma equipe multiprofissional que garante um cuidado integral.

Portanto, este relato nos fornece muito substrato para nossa futura prática médica, trazendo a autonomia como um elemento chave na relação médico-paciente e na efetividade e planejamento do tratamento. Além disso, destaca-se a necessidade de vivenciar situações que podem gerar emoções e responsabilidades complexas no ambiente acadêmico, com a finalidade de treinar para os anos subsequentes de profissão e para evitar possíveis prejuízos para nós estudantes de medicina (futuros médicos) e para o paciente.

REFERÊNCIAS

[1] DE CARVALHO, Laura Graças Padilha et al. A construção de um Projeto Terapêutico Singular com usuário e família: potencialidades e limitações. O mundo da saúde, v. 36, n. 3, p. 521-525, 2012.

[2] MARTA, Gustavo Nader et al. O estudante de Medicina e o médico recém-formado frente à morte e ao morrer. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 33, p. 405-416, 2009.

[3] MATOS-DE-SOUZA, Rodrigo; MEDRADO, Ana Carolina Cerqueira. Dos corpos como objeto: uma leitura pós-colonial do 'Holocausto Brasileiro'. Saúde em Debate, v. 45, p. 164-177, 2021.

Capítulo 22

O PESO DA RESPONSABILIDADE MÉDICA

Igor Silva Campos, Gabriel Santos Santana da Silva, Vinícius Ferreira Aratani

Era início do sétimo período, estávamos começando as atividades na enfermaria pediátrica do Hospital de Clínicas. Fomos ao local combinado previamente com a professora e quando chegamos, ela nos dividiu em trios e nos explicou como funcionaria a atividade: cada subgrupo deveria colher a história de um paciente e passar o caso para os demais integrantes, de forma que todos participassem da discussão do caso para chegar em um diagnóstico e qual conduta seguir a partir dele. E assim fizemos.

A paciente designada para o nosso trio era uma criança de 1 ano e 2 meses, que veio para o serviço devido a uma queixa de anemia. Da história, contada pela mãe, conseguimos coletar que a criança enfrentava um quadro gripal há cerca de um mês, associado a perda de apetite, tosse seca, desconforto para respirar, irritabilidade, febre e palidez. Investigamos também sobre os medicamentos que ela estava fazendo uso, além de como era sua rotina alimentar, seu sono, higiene e também quanto ao calendário vacinal. Tudo estava dentro dos conformes e seguimos. Ao fim da entrevista, agradecemos a mãe pelo tempo cedido para a conversa e retornamos à sala de reunião.

Até esse momento estávamos completamente confortáveis com a situação, pois era algo comum que aprendemos a fazer desde o quarto período: coletar história, discutir clinicamente, proceder a conduta..., mas antes que começassem as discussões de caso com o restante do grupo, a preceptora nos interrompeu dizendo:

"*Pessoal, a discussão de cada caso vai depender inteiramente do que vocês coletaram da história...a conduta pensada aqui vai se basear apenas na palavra de vocês, sem consultar qualquer histórico do prontuário ou exame. E vai ser assim daqui pra frente, a vida dos pacientes estará nas mãos de vocês em cada plantão. Vocês precisam pegar o jeito até o internato*."

Já era esperado que essa hora iria chegar, mas nenhum de nós estava preparado. A sensação era de que o chão embaixo dos meus pés estava se abrindo. Nós nos entreolhamos e era nítido o desespero estampado no rosto de cada um. E porquê? Não sabia ao certo, mas o nó na barriga, a sensação de medo e pavor tomou conta de mim e parecia ser contagiante. A professora encerrou sua fala passando a palavra para o nosso trio, mas nenhum de nós conseguia falar. Ela perguntou se estava tudo bem e finalmente consegui esboçar um sorriso sem graça e dizer "Sim...eu acho" sem muita convicção, claro. Finalmente, retomamos a postura e começamos a passar o caso. E a cada parágrafo, erguiam-se alguns olhares para ver se todos estavam acompanhando. A voz trêmula e o rosto suando, parecia que tínhamos retornado ao primeiro período... Apesar da insegurança e dos calafrios, conseguimos concluir a atividade. Todos participaram e de fato chegamos ao diagnóstico correto e pensamos na conduta esperada.

Depois da tempestade, começamos a conversar sobre o que tinha acontecido ali. E surgiram expressões como "A gente está quase no internato, parece que foi ontem que

entramos...” De fato, o tempo passou rápido demais. E analisando nosso percurso acadêmico, começamos a pensar se fomos bons alunos, se fizemos um bom trabalho, se nos dedicamos o quanto deveríamos, se aprendemos tudo o que deveríamos. E percebemos que era um beco sem saída. Mas ainda assim, precisávamos descarregar essa angústia de dentro de nós. A conversa se estendeu para depois da enfermaria, já em casa - somos praticamente vizinhos, então nos reunimos para continuar. Surgiram algumas memórias, como a nossa primeira anamnese, o nosso primeiro paciente de ambulatório, o nosso primeiro plantão, todas histórias muito ricas, algumas engraçadas e outras nem tanto. E partilhar isso foi essencial, pois todos tínhamos uma visão diferente sobre determinadas situações que passamos juntos. Mas aquele aperto no peito e sensação de incapacidade ainda estavam lá.

Alguns meses se passaram e estávamos já no período seguinte, o oitavo, agora mais perto ainda do internato e relembramos esse fatídico dia. Era uma tarde extremamente quente e estávamos organizando nossas fotos de pré-internato. O dia foi bastante desgastante para a turma toda, mas no fim, decidimos nos reunir para comemorar que finalmente chegamos até aqui e já são dois terços do caminho... Conversando sobre nossos anseios com outras pessoas, percebemos que era um “medo generalizado”, em uns mais e em outros menos. Resolvemos brincar de contar sobre as piores e mais constrangedoras experiências de cada um. E rimos bastante de cada uma. Foram poucos minutos que conseguiram nos tranquilizar de uma forma inigualável e percebemos o que deixamos de lado por um bom tempo: somos humanos, e humanos erram!

O medo da falha nos leva a tentar atingir um nível de perfeição que não existe. A literatura traz que há muito tempo, tem se vinculado o papel do médico ao de um herói, sem falhas, combatendo a morte (QUINTANA et al., 2008). Entretanto, o estudante de medicina, o interno, o residente e o médico especialista estão sujeitos aos mesmos erros e as mesmas chances de falhar. Nos preocupamos muito com a saúde e o bem estar dos pacientes que atendemos e conversamos ao longo da semana, de forma que eles atinjam o tratamento perfeito e que sejam acolhidos da melhor forma possível, sem falhas. Porém, por inúmeras vezes esquecemos de algo essencial, que é a nossa qualidade de vida.

Nessa busca incessante por atingir alo perfeito e de excelência, o ciclo entre tentar muito e se frustrar e se frustrar porque tentou muito se torna vicioso e coloca em xeque a nossa própria saúde mental. Desde então surgiu em nós um questionamento acerca da nossa própria realidade: seria possível um acadêmico do oitavo período, estudando sobre transtornos mentais e que passa semanalmente pela enfermaria de psiquiatria enfrentar algum transtorno mental por conta das cobranças no curso? Apesar de uma trágica coincidência, é mais comum do que imaginamos. De acordo com MORCEF E ACERO (2021), no Brasil, desde 1950 a saúde mental do acadêmico de medicina é estudada, devido à alta prevalência de desencadeamento de transtornos mentais dentro do curso de formação médica. Esses transtornos podem ser desencadeados por inúmeras causas, mas a principal é a sensação de incapacidade do indivíduo. Para nós, nesse momento, essa sensação está completamente associada à entrada no internato e vez ou outra volta a ecoar em nossas mentes a fala de que “*a vida dos pacientes estará nas mãos de vocês em cada plantão*” até o ato de transcrever essas palavras gera um calafrio na espinha. Será que iremos conseguir fazer o papel de um médico? Afinal, no internato atuamos no hospital de clínicas como médicos praticamente o tempo todo, só não portamos o diploma.

Essas e outras indagações são abordadas por SANTOS e VERAS (2021) ao dizer que há pouca abertura para discussão e orientação quanto a essas necessidades físicas e psicológicas de nós, alunos. As autoras também indagam sobre esse cenário de exigências

em busca do ideal para estar ali, pertencendo aquele meio. Isso nos impacta de forma significante, mesmo tendo acesso a metodologia ativa de discussões desse cunho no eixo de Atividades Sensoriais Reflexivas e Formativas, ainda ficamos com muito pouco respaldo sobre os nossos próprios questionamentos. Não que isso seja um papel da instituição de ensino, mas o sentimento de que "falta aprender isso e aquilo" ainda perdura.

Apesar de o medo e insatisfação com o próprio eu, as vésperas do internato, tomarem conta em algumas situações, fazendo uma análise retrospectiva de nossa trajetória até aqui, há sim um sentimento de pertencimento. Apesar das falhas, dos erros, da necessidade contínua de aprendizagem, não deixamos de lado nossa humanidade, nossa empatia e nosso zelo pelos pacientes. Entraremos no internato em breve e nos formaremos em pouco menos de dois anos, mas o sentimento que fica no fim das contas e acima de qualquer cobrança é o de que por mais difíceis que fossem as vivências, conseguimos superá-las! Aquele momento, lá atrás, na sala de reuniões da enfermaria de pediatria, foi escolhido pois nos abriu caminho para uma reflexão, por vezes angustiante, sobre a demasiada responsabilidade que temos sobre as vidas que cuidamos no hospital. Uma reflexão árdua, mas necessária. E ela continuará aqui, não em tom de cobrança, não para sufocar a saúde mental ou exaurir todos a nossa disposição em servir, mas continuará como um lembrete, o de sermos *médicos humanos*!

REFERÊNCIAS

[1] MORCERF, Cely Carolyne Pontes; ACERO, Pedro Hernán Cabello. Saúde Mental nas Escolas Médicas: Trabalhando com Percepções de Acadêmicos de Medicina. Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental, v. 10, n. 1, p. 56-72, 2021.

[2] QUINTANA, Alberto Manuel et al. A angústia na formação do estudante de medicina. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 32, p. 7-14, 2008.

[3] SANTOS, Andréia Ferreira dos; VERAS, Lana. O estudante de medicina e seu percurso acadêmico: uma análise de postagens sobre sofrimentos. Saúde em Debate, v. 45, p. 720-732, 2021.

Capítulo 23

FACES ENRAIZADAS

Mateus Barros Bueno, Mike Vinícius Canto de Andrade, Natália Barreira Silva

Ao longo do curso de medicina, muitas dinâmicas de cotidiano, pontos de vista e relações interpessoais se desenvolvem gradativamente. No início do curso, a nova turma partilha da visão romantizada da medicina, do apreço pelo novo e do anseio por se tornar médicos. Forma-se um grupo quase único, em que todos interagem uns com os outros no dia a dia das atividades estudantis e, por vezes, em ambientes não acadêmicos também.

Com o passar dos semestres, a romantização é substituída por uma consciência realística das atribuições e responsabilidades médicas. Interações se enfraquecem para dar lugar a laços mais fortes, com consequente formação de grupos menores que já não interagem entre si e nem fazem parte do todo. Assim, individualmente, diferentes planos, expectativas e ambições para a carreira vão se formando. Por isso, de maneira exatamente igual, expectativas diferentes são formadas para o internato, estágio este cujo desempenho é acreditado pelos alunos por espelhar o desempenho profissional do futuro médico.

Em meio a tais relações complexas, a turma precisou dividir-se em quatro para compor os grupos de pessoas que trabalhariam juntas no internato, sendo a afinidade o único critério adotado para formação de tais grupos. Este episódio engatilha e entrelaça as ideias anteriormente refletidas, uma vez que gerou forte abalo sobre as relações interpessoais e criou até mesmo inimizades. A heterogeneidade de opiniões reflete a dúvida comum: se o estágio final influencia no desempenho e no aprendizado levado para o resto da carreira médica, ele também depende dos outros estagiários?

Angústias, receios e dúvidas desde então pareciam sem respostas ou soluções. Há quem prefira colocar amizades em cheque por atribuições acadêmicas. Em oposição, há quem queira sobrecarregar-se academicamente para manter relações pessoais. Ainda assim, permanece o questionamento sobre até que ponto cada um norteia seu aprendizado de acordo com seu interesse próprio em detrimento da dinâmica grupal.

Segundo Querido et al (2016) o internato promove vivências psicológicas predisponentes, em maior ou menor grau, a transtornos mentais e crises adaptativas no estudante de Medicina e, entre esses fatores, destaca a divisão dos alunos em grupos. Por um lado, o processo de formação de grupos e a convivência estreita nestes anos do internato são experiências com intensa carga emocional e enormes desgastes interpessoais. Por outro lado, esse modelo de divisão tem grande potencial no que diz respeito à aprendizagem. Em grande parte das escolas médicas, as turmas são grandes, e há pouca ou nenhuma oportunidade de ampliar os contatos com os colegas. Assim, ao lidar com as dificuldades encontradas, o aluno poderia aumentar sua rede de relacionamentos e auxiliar sua saúde mental.

Os alunos sabem que durante essa nova fase começarão a dar plantões e a assumir uma responsabilidade crescente com os pacientes. Provavelmente em função disto, a

divisão dos alunos em pequenos grupos acaba sendo um processo intenso e, para muitos, estressante, como ocorreu com vários integrantes da nossa turma. Frequentemente, esse processo é vivido com extremo sofrimento, em especial pelos alunos que se sentem preteridos pelos demais. No início do curso, os alunos mal se conhecem. No entanto, segundo Gavioli et al (2009) novas amizades vão sendo formada com o passsar do tempo e grupos se desfazem para formação de novos agrupamentos, no entanto vai ganhando corpo a marginalização de alguns estudantes, que passam a ser excluídos, vindo a formar aqueles agrupamentos denominados de maneira perjorativa por 'lixão".

Destacamos aqui que em inúmeras universidades a escolha desses grupos é realizada de forma aleatória na tentativa de mediar esses conflitos inter-alunos. No entanto, em vários estudos, observou-se que, apesar do internato representar uma fase de treinamento em serviço, os critérios de escolha preferenciais dos alunos são predominantemente relacionados à rede social (BELLODI et al, 2007). Levando essa situação da turma 92 para uma análise mais filosófica, sabemos que a vida em sociedade é algo inerente do ser-humano e somos automaticamente forçados a nos relacionarmos com as coisas, com os outros, e principalmente com as instituições. Isto é especialmente verdadeiro para os médicos, de quem se espera capacidade de comunicar-se adequadamente com seus pacientes e trabalhar em equipe. Entretanto, lembrando a famosa frase de Sartre, "o inferno são os outros". Logo, esses grupos acabam sendo uma faca de dois gumes. O ensino em pequenos grupos, como o que ocorre no internato, pode ter um papel importante na formação médica, desde que as dificuldades surgidas na dinâmica grupal possam ser trabalhadas.

Portanto, embora existam divergências nas dinâmicas grupais no período de grande expectativa que antecede o internato, a responsabilidade para com a instituição em que iremos trabalhar e com as demandas que os pacientes apresentarão devem prevalecer sobre intrigas menores. O momento do estágio final possibilita aos acadêmicos uma rotina de trabalho e aprendizado em constante contato com a prática médica, bem como a experiência necessária para o ingresso no mercado de trabalho.. As questões de afinidade tendem a ficar em segundo plano em detrimento de uma formação mais completa, mas as relações não podem ser negligenciadas

A carreira médica coloca o profissional por muitas vezes em contato com indivíduos com os quais não se tem afinidade, no entanto, estabelecer relações saudáveis com a equipe de trabalho é fundamental para uma boa dinâmica de trabalho e, consequentemente, um melhor atendimento às necessidades dos pacientes. Em relação aos grupos de internos, estabelecer regras e firmar acordos para evitar sobrecarga de indivíduos e desentendimentos entre os acadêmicos, o que promove desgaste das relações. Logo, conciliar a dinâmica grupal com as competências individuais se torna fundamental para o interno de medicina.

REFERÊNCIAS

[1] BELLODI, P. L. et al. Grupos no Internato: panela, caldeirão ou frigideira. Rev Bras Educ Méd [CD-ROM], v. 31, n. supl 1, p. 77, 2007.

[2] GAVIOLI, Mariana de Azevedo et al. Formando grupos no internato: critérios de escolha, satisfação e sofrimento psíquico. Revista Brasileira De Educação Médica, v. 33, p. 4-9, 2009.

[3] QUERIDO, Izabela Almeida et al. Fatores associados ao estresse no internato médico. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 40, p. 565-573, 2016.

Capítulo 24

VIVÊNCIAS DISCENTES NA FACULDADE DE MEDICINA DURANTE O ISOLAMENTO SOCIAL PELA PANDEMIA DE COVID-19

Pedro Arquimedes Oliveira Bezerra, Yuri Eduardo Fonseca Duarte, Letícia Martins Peixoto

No dia 11 de março de 2020 a epidemia do novo coronavírus (COVID-19) foi elevada ao status de pandemia pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020), pois ela já havia se alastrado em inúmeros continentes ao redor do globo; esse vírus em pouquíssimo tempo mostrou-se altamente letal e contagioso, o que alarmou governos e pessoas de todo o planeta. No cenário brasileiro, entretanto, a situação foi uma das piores do mundo, medidas restritivas de lockdown e isolamento não foram postas em prática completamente, e a economia que já vinha se fragilizando como um todo teve sua situação agravada diante desse problema. Diante dessa calamidade, não é de se surpreender que houveram inúmeras mortes, alta nas taxas de desemprego, alta na inflação e superlotação de hospitais; coisas que os cidadãos comuns infelizmente tiveram que aprender a conviver durante esses quase dois anos de pandemia.

Para nós, universitários, não foi diferente, tivemos que aprender a conviver com essa doença e as consequências que ela trazia. Logo após a chegada da doença no Brasil, todas as universidades e faculdades interromperam suas atividades presenciais e, ao contrário das universidades particulares que logo se mobilizaram para a continuação do ensino de forma remota, as universidades públicas, no geral, demoraram para o início do processo. Essa condição, por si só, já foi motivo para nos sentirmos atrasados em relação a amigos e colegas de outras faculdades, porém a continuidade da pandemia e da quarentena foi capaz de agravar e desenvolver doenças psicopatológicas como ansiedade e depressão em diversos estudantes (RODRIGUES, CARDOSO, 2020).

Após 8 meses em isolamento, no início de novembro a UFU decidiu retomar o conteúdo curricular com aulas remotas, essa ideia parecia animadora no começo, visto que estaríamos adiantando o conteúdo curricular, porém, com o prolongamento da pandemia essas aulas foram se tornando cada vez mais frustrantes. A monotonia do ambiente doméstico e a quase ausência de relações pessoais, ao nosso ver, prejudicaram muito o aprendizado do conteúdo que nos era dado, não havia uma separação clara do lugar de estudo para o lugar de descanso, e nem uma válvula de escape para encontrar os amigos no fim de semana por exemplo, tudo se resumia ao nosso próprio quarto: aulas, descanso e lazer.

Além disso, a desorganização inicial com que essas aulas remotas foram dadas também foi motivo de angústia não só para nós, mas para diversos colegas com quem conversamos, entre os diversos problemas estavam: não cumprimento dos horários de aula, mudanças repentinas no plano de ensino e a falta de aulas práticas. Ademais, comparar-se com outros colegas era inevitável durante as aulas, a sensação era de desamparo por não conseguirmos estudar todos os conteúdos dados e parecia que muitas pessoas da nossa sala não estavam sofrendo com isso, o que gerava sensações de impotência e improdutividade.

Já no 3° período vivido por nós, ainda que online, apresentou algumas melhorias com uma maior organização da grade horária e professores que cumpriam os horários e as metas estabelecidas, apesar da grande quantidade de conteúdo a ser cumprida em um período menor do que o estipulado presencialmente, conseguimos nos adaptar melhor e estudar as matérias com mais calma. Contudo, ainda não era o ideal, pois aulas práticas importantíssimas como a de punção venosa e a anatomia de todos os sistemas do corpo foram dadas online, o que não ajudou muito no aprendizado e acabou contribuindo para uma insegurança frente a nossa formação médica.

A vacinação no Brasil, principalmente devido ao governo federal negligente, demorou muito a avançar, mas em um determinado momento, após julho de 2021, a produção de vacinas em território nacional cresceu, assim como a esperança de nos vacinarmos e retomarmos as aulas presenciais. Desse modo, a volta as aulas presenciais trouxeram consigo um sentimento de esperança e uma nova oportunidade de recomeço tendo em vista o cenário catastrófico que já perdurava a mais de um ano e meio. Finalmente, sentíamos que as coisas entrariam no eixo e a rotina voltaria ao normal mesmo que de forma lenta e gradual. Entretanto, algumas consequências e desafios ainda estavam por vir. A sobrecarga de aulas, a saudade dos familiares, a insegurança quanto a formação médica e a adequação a nova rotina foram alguns dos problemas mais comuns enfrentados pelo acadêmico nesse retorno presencial, fato esse que impactou negativamente em sua saúde mental que já vinha sendo desgastada por todo um contexto.

(Maia e Dias, 2020), demonstram por meio de sua pesquisa que os estudantes que integraram o estudo no período pandêmico apresentaram níveis significativamente mais elevados de depressão, ansiedade e estresse se em comparação aos que integraram o estudo no período normal. Desse modo, fica evidente a necessidade de uma busca por ajuda individual e coletiva por parte dos discentes uma vez que é possível diminuir esses efeitos causados pela quarentena do COVID-19. Frente a isso, cada pessoa possui suas forças e suas fortalezas que devem ser exploradas não só para uma busca autoconhecimento, mas também para saber como lidar e organizar seus sentimentos. Em outras palavras, percebemos, que nesse contexto é essencial que os laços de amizades se fortifiquem, hobbies e atividades ao ar livre sejam praticados e a ajuda por um profissional seja buscada sempre que necessária.

Não obstante, levar uma vida mais leve e com menos autocobrança também é uma das chaves para se alcançar a felicidade e um bem estar físico-mental, fato que está inclusive descrito no atual conceito de saúde preconizado pela O.M.S, a qual o define como “o completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de enfermidade” (OMS, 1948). Além disso, o uso das redes sociais pode ser de grande valia, já que elas são capazes de nos aproximar de nossos familiares e entes queridos, aumentando a rede de apoio nesse período de afastamento.

Por conseguinte, é importante que saibamos lidar com nossos sentimentos de angustias, incertezas, frustrações e medos para só então entendermos que eles são normais e que podem mudar com o tempo. Nesse viés, (Correa, 1997) defende que para se viver bem é necessário desenvolver uma “inteligência emocional” que se traduz ao conjunto de competências relacionadas a lidar com emoções e mais especificamente, em como o indivíduo tem de gerenciá-las. Portando, percebemos no decorrer dessa narrativa o quanto é importante parar e analisar nossas atitudes e sentimentos nem que seja por um curto período de tempo, e que mesmo nas piores tempestades o sol sempre se abre ao final. Aos poucos a vida vai retornando a sua normalidade e cabe a nós enfrentarmos o mundo com empatia, alegria, coragem e determinação.

REFERÊNCIAS

[1] CORREIA, Mônica F. B.. Inteligência emocional: da revolução à controvérsia. Estudos de Psicologia (Natal), [S.L.], v. 2, n. 2, p. 413-419, dez. 1997. FapUNIFESP. (SciELO).

[2] MAIA, Berta Rodrigues; DIAS, Paulo César. Ansiedade, depressão e estresse em estudantes universitários: o impacto da COVID-19. Estud. psicol. (Campinas), Campinas, v. 37, e200067, 2020 .

[3] RODRIGUES, Bráulio Brandão; CARDOSO, Rhaissa Rosa de Jesus; PERES, Caio Henrique Rezio; MARQUES, Fábio Ferreira. Aprendendo com o Imprevisível: saúde mental dos universitários e educação médica na pandemia de covid-19. Revista Brasileira de Educação Médica, Anápolis, v. 44, n. 1, p. 1-5, 04 set. 2020. Mensal. FapUNIFESP (SciELO).

Capítulo 25

ENTRE O MEDO E A ESPERANÇA: AS ANGÚSTIAS DE UM ESTUDANTE DE MEDICINA EM MEIO A PANDEMIA

Carolina Rezende Lima, Gabriela Tomás Alves, Isabella Guzman Nunez del Prado

O ano de 2019 foi especial e único para todos os alunos da 94ª Turma de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Iniciava-se então um novo ciclo para aqueles 63 indivíduos que sonhavam em serem aprovados no curso de Medicina e tornarem-se médicos. O primeiro semestre letivo ocorreu em 2019/2 e, como em qualquer primeiro semestre de um curso universitário, haviam inseguranças, desafios e novas experiências. Cada aluno viveu de sua maneira única esse período, ansiado pelos futuros períodos do curso, na tão sonhada faculdade de Medicina.

Então o ano de 2020 chega, e adentramos no segundo período do curso, um período no qual inicia de fato o estudo da Medicina, por meio das aulas de semiologia e do contato com o paciente. Porém, os burburinhos do surgimento de um novo vírus começam a se tornarem mais e mais presentes nas mídias, nas redes sociais, em todo lugar. Acredita-se que o novo vírus tenha surgido nos meses finais de 2019 na cidade de Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China. A Organização Mundial da Saúde, em 31 de dezembro de 2019, alertou o mundo sobre a nova cepa viral de corona vírus que infectava seres humanos e causava grave pneumonia (PAHO, 2020). O novo vírus, denominado SARS-CoV-2, causador da COVID-19, começava a se espalhar pelo globo terrestre.

Mas novos vírus e bactérias surgem a todo momento na natureza e ninguém imaginou que dessa vez seria diferente. Com o passar dos primeiros meses de 2020, as notícias divulgavam a cada dia a dispersão incontrolável do novo coronavírus e a gravidade da pneumonia causada por eles, seguida de número exponencialmente crescente de mortes. Em 25 de fevereiro do ano em questão, o Ministério da Saúde do Brasil confirma o primeiro caso de COVID-19 no Brasil – o mundo globalizado e interconectado, repleto de fluxo de pessoas, não conseguiu conter o vírus.

Foi nesse cenário ainda obscuro e potencialmente catastrófico, que as aulas da Faculdade de Medicina da UFU iniciaram. Como de praxe, a primeira semana de aula possui várias festas universitárias para o acolhimento dos calouros - ninguém imaginava que essas seriam as últimas festas que iriam até então. Em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia. Com esse anúncio típico de filmes hollywoodianos apocalípticos, as aulas da universidade foram suspensas temporariamente. Até quando? Por quanto tempo? É seguro? O que está acontecendo? Todos esses questionamentos e muitos outros passaram pela mente dos alunos.

A cada dia nesse novo cenário global surgiam mais perguntas do que respostas. Atrelado à crise sanitária mundial, uma crise política e econômica nacional recrudescia os ânimos da população. A universidade suspendeu definitivamente as aulas e ninguém tinha previsão de como seria o mês seguinte. Quem diria que seria tão difícil não poder

planejar o dia de amanhã. Além das milhares de vidas perdidas diariamente pela COVID-19, sonhos foram ceifados e dentre eles estava o sonho da nossa vida universitária.

Nesse cenário catastrófico global e nacional, o tão tenebroso isolamento social passou a fazer parte da rotina de milhões de pessoas. Tristemente, apesar das tecnologias atuais que permitem a comunicação imediata com qualquer outro indivíduo, a falta de contato social físico somado às inseguranças, aos medos e às incertezas da vida resultaram em imensa pressão psicológica.

Após cerca de um ano de recesso das atividades universitárias, fomos surpreendidas com a notícia de que retornaríamos os estudos de forma *on-line*. Uma notícia que seria, de certa forma, uma esperança, se tornou um fator para aumentar nossa ansiedade. Tornou-se evidente, para nós, as lacunas da metodologia do ensino à distância, especialmente em um curso em que é essencial o treinamento prático para a aquisição do conhecimento e de habilidades médicas, como a comunicação e o raciocínio clínico. Sabe-se que, no Brasil, o método à distância é aquele em que há a maior evasão de estudantes, visto que acentua as discrepâncias sociais, como o acesso à Internet de qualidade e a necessidade de um ambiente doméstico propício para estudos, além do tempo necessário para busca proativa do conhecimento e das questões psicológicas causadas pela pandemia. (MACHADO, 2012)

Avançamos os períodos e encerramos o ciclo básico da graduação com uma imensa quantidade de horas práticas para reposição e apenas com pacientes e casos clínicos imaginários, muito distantes da nossa futura realidade. Porém, em agosto de 2021, recebemos a notícia que mais esperávamos: estávamos liberadas, com restrições, para irmos ao hospital e interagir com os pacientes, além de termos algumas reposições das aulas práticas. Acreditamos que conseguiríamos repor todo o prejuízo do aprendizado à distância até nos depararmos com a programação disponibilizada. Nesta, precisaríamos aprender em 4 aulas, com 1 hora de duração cada, toda a habilidade de anamnese e exame físico.

De acordo com Hipócrates, a medicina está além de ser uma ciência exata, em que necessitamos decorar as fisiopatologias e os diversos livros teóricos. A medicina é, também, uma arte, em que precisamos ter uma percepção multidimensional do paciente, envolvendo todos os seus aspectos físicos, psicológicos, culturais, familiares, subjetivos, entre outros. Assim, compreendemos que o avanço da tecnologia e dos exames diagnósticos são irrelevantes sem uma boa base de como conceder a entrevista médica e como realizar o exame físico corretamente. Para Porto, a regra é clara: “a medicina de excelência só é possível se o exame clínico e a anamnese forem excelentes”.

Com consciência dessa afirmação, fomos viver a experiência mais marcante que tivemos até então como estudantes de medicina: o primeiro contato com o paciente. Esse momento nos trouxe um sentimento misto de alegria e de incertezas. A alegria surgia pela esperança de, finalmente, vivenciar a prática médica e se conectar de forma genuína com o paciente, olhando-o nos olhos e ouvindo sua história, após 2 anos de espera. Ao mesmo tempo, entretanto, havia uma confusão emocional, em que a insegurança e o déficit de conhecimento causados pela pandemia se sobressaíam durante o contato, nos causando um sentimento de insuficiência e de impotência diante da situação. O tempo todo nos perguntávamos: “Será que vamos aprender a ser boas médicas? Será que estamos incomodando o espaço do outro, usando-o para aprender e sanar nossas deficiências? Será que conseguiremos manter nossa saúde mental diante desse cenário de

insegurança?" Essa situação nos sufocava em meio à tantas provas, trabalhos, estudos e aulas incessantes.

Contudo, aprendemos que esse sentimento de insegurança é completamente normal em um estudante, já que faz parte do processo de contratransferência, definido por Freud como um fenômeno psíquico de construção de expectativas inerente em uma relação entre duas pessoas, como o médico e o paciente. Nesse contexto, o estudante se sente impotente diante do ser humano à sua frente em sofrimento no leito, visto que sente que não possui conhecimento suficiente para promover uma intervenção para aliviar seu sofrimento. De acordo com Luchesse, essa sensação prévia de medo e de insegurança são as projeções mentais causadas pelo processo inevitável da transferência, mas ela pode ser amenizada quando adquirimos consciência dela, e tentamos racionalizá-la, impedindo que a emoção atrapalhe nosso raciocínio clínico e nosso processo de aprendizagem. Ademais, percebemos, em nossa experiência, uma quebra positiva de expectativa, pois encontramos pacientes colaborativos, que transpassavam respeito e paciência com nossos processos de construção de saber, e alguns, inclusive, demonstraram agradecidos com a realização dos exames e da atenção ofertada.

Por fim, a sensação que nos resta é de que ainda teremos um trabalho árduo para repor o prejuízo causado pela pandemia e para trabalhar com as inseguranças herdadas desse período. O fato de estarmos condensando três períodos letivos em um ano, o que antes tinha duração de seis meses cada, juntamente com a reposição prática de aproximadamente cento e oitenta horas, as quais foram perdidas pelo ensino remoto, gera uma sobrecarga e uma ansiedade, que muitas vezes é difícil de suportar. Conversando com os nossos colegas de turma, percebemos que esse sentimento é coletivo, o que faz surgir a sensação de impotência e a percepção de que para conseguirmos sobreviver a esse calendário, precisaríamos abdicar de toda nossa vida social e hobbies para nos concentrarmos inteiramente na faculdade. Assim, vimos um aumento da auto cobrança de forma doentia, o que se manifesta, muitas vezes, em crises de ansiedade e depressão.

Entretanto, esse cenário ao mesmo tempo que traz diversos prejuízos, principalmente à saúde mental, também nos ensina uma lição bastante significativa, que é a incapacidade de controlar o incontrolável e aprender a aceitar o que não podemos mudar. Segundo a filósofa estoicista, Nancy Sherman, "Deixe para trás as coisas que não estão sob o seu controle e tente trabalhar duro naquilo que você pode controlar."

Nesse sentido, essa filosofia tornou-se clara para nós, com a própria pandemia, a qual foi algo totalmente inesperado e fora do nosso controle e essa também nos orienta a trabalhar duro no que está sob nossa capacidade, sem sofrer por aquilo que não conseguimos dominar.

Ademais, a incapacidade de contato com pacientes pelo contexto do isolamento social e as inúmeras mortes na pandemia, nos mostraram o quanto esse vínculo é importante, tanto para o nosso aprendizado, como para a valorização da vida. Agora, quando estamos fazendo a anamnese com algum indivíduo, pensamos o quanto isso está nos servindo de conhecimento e como é importante ser o mais bem feito possível dentro da nossa capacidade, a partir da racionalização sobre os fenômenos de transferência e contratransferência e da prática da empatia, com a pessoa que estamos conversando e com seus familiares.

REFERÊNCIAS

[1] HISTÓRICO DA PANDEMIA DE COVID-19. Organização Panamericana de Saúde. Disponível em: https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19. Acesso em: 30 de outubro de 2021.

[2] MACHADO, Regina; PINTO, Alexandre. Reflexão sobre as consequências e a repercussão da educação a distância (EaD). Revista Eletrônica Gestão e Saúde, n. 1, p. 1056-1073, 2012.

[3] Porto & Porto, Exame clínico 7ª. Edição Guanabara Koogan Rio de Janeiro 2011.

[4] Lucchese, Ana Cecilia, Abud, Cristiane Curi e De Marco, Mario Alfredo. Transferências na formação médica. Revista Brasileira de Educação Médica. 2009, v. 33, n. 4 [Acessado 30 Outubro 2021], pp. 644-647. https://doi.org/10.1590/S0100-55022009000400015.

[5] Vigo, Alejandro G. Review of Making a Necessity of Virtue. Aristotle and Kant on Virtue, by N. Sherman. Méthexis, vol. 11, Brill, 1998, pp. 169–73. Disponível em: http://www.jstor.org/stable/43738576. Acesso em: 31 de outubro de 2012.

Capítulo 26

POSSÍVEIS MUDANÇAS PARA MELHORA DA EDUCAÇÃO MÉDICA DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19, NA PERSPECTIVA DOS ESTUDANTES

Gyovanna Rodrigues Cardoso, Priscila Anice Fernandes, Nikolas Lisboa Coda Dias

O surgimento e a rápida disseminação do vírus SARS-CoV-2 levou a uma escalada global no número de casos de COVID-19, o qual foi declarada como pandemia pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o que implicou na implementação de medidas de contingência como a quarentena, a suspensão das aulas presenciais, o distanciamento e o isolamento social. Além disso, a pandemia gerou mudança repentina dos hábitos e inúmeros impactos negativos nos indivíduos, como a depressão, ansiedade, incertezas e medo (GOMES et al., 2020).

No que concerne à educação, na pandemia, a transição do ensino presencial ao ensino remoto emergencial trouxe inúmeras lacunas, especialmente na nossa graduação em medicina. Dentre os inúmeros hiatos, o componente prático do curso tem sido o mais afetado, visto que o contato do discente com os pacientes, seja em hospitais, ambulatórios ou na atenção primária em saúde, desde o primeiro ano, foram suspensos. Diante disso, o desenvolvimento de habilidades e competências médicas, em grande parte, foi prejudicado gerando-nos sentimento de impotência e de desânimo, visto que nosso aprendizado se torna limitado e, muitas vezes, inaplicável na prática cotidiana.

Com a vacinação contra a COVID-19, parte de nossas aulas práticas presenciais foram autorizadas, o que nos trouxe certo alívio e esperança, além da oportunidade de interagir com os docentes em estágios e práticas clínicas, viabilizando a construção do nosso conhecimento. No entanto, nos deparamos com uma situação problemática, de sobrecarga emocional e física diante das reposições das aulas práticas dos períodos anteriores, ao mesmo tempo em que realizamos as aulas teóricas e práticas de nosso atual período de graduação, o que têm ocasionado frustrações em relação ao modo como a instituição tem se organizado para minimizar as perdas do ensino pós-pandemia.

Essa problemática foi escolhida por nós para ser abordada na presente narrativa, pois prezamos pela qualidade do ensino e pela aprendizagem significativa, tal como sintetizada pelo teórico Ausubel (1982), o qual propõe que o estudante aplique a informação adquirida na prática para que a ancoragem de conteúdos ocorra de forma efetiva e duradoura. Logo, identificamos a necessidade de aprender como a qualidade de ensino de fato afeta nosso aprendizado, visto o prejuízo que estamos vivenciando, com a minimização exponencial da capacidade de concentração, da aplicação de conhecimentos teóricos na prática, além de uma redução do contato interpessoal, o qual consideramos essencial para a boa prática médica.

Nesse cenário, para analisar o período vivenciado, faz-se pertinente refletir sobre a implementação dos métodos de ensino ativo, os quais são baseados na aplicação prática dos conhecimentos teóricos adquiridos, com o intuito de desenvolver e aprimorar habilidades médicas para que os alunos resolvam situações cotidianas (SOUZA; DOURADO, 2015). Nesse viés, diante dos diversos desafios enfrentados durante a

pandemia da COVID-19, com perdas humanas, nos vemos repletos de inseguranças em relação à qualidade de aprendizado. Além disso, com a redução de cenários práticos, mesmo com as bem intencionadas simulações propostas por alguns docentes, a aplicação prática dos ensinamentos teóricos não se tornou efetiva devido a incompatibilidade de horários dos docentes e discentes, e indisponibilidade de professores para ministrar as aulas, o que levou a redução do tempo das reposições, que até então, tinha duração maior.

Em nossa breve experiência, como acadêmicos de medicina, percebemos que o processo de formação médica é bastante idealizado e desgastante. Visto que, ao longo da jornada estudantil somos submetidos a cargas horárias cada vez mais exaustivas, com uma rotina permeada pela impotência diante da morte, minimização do tempo dedicado a atividades de lazer, o que promove exaustão física e mental. Logo, esse comportamento de supervalorização do sucesso na profissão em detrimento de outros âmbitos da vida potencializa a Síndrome de Burnout entre estudantes, fator que maximiza a ansiedade, a depressão e o suicídio (CAZOLARI et al., 2020).

Esses sentimentos afetam a nossa formação médica, a qual é vista, idealizadamente, como um trabalho nobre que salva vidas, de uma escolha de doação e de uma carreira promissora e bem sucedida, o que gera pressões e expectativas muitas vezes discrepantes e distantes da realidade, causando decepções e frustrações. Além disso, o estresse naturalizado no ambiente acadêmico ao exigir excelência nas práticas, no currículo e uma adoção de conhecimentos sem falhas, como forma de perpetuar o perfil do ensino médico, nos desestabiliza. Por conta disso, passamos a comparar a nossa formação com a de outros graduandos que estão vivenciando um retorno mais organizado e pautado no aprendizado significativo e com qualidade de ensino.

Refletindo sobre a sobrecarga de atividades que estamos vivenciando, percebemos a necessidade de cuidarmos da nossa saúde física e mental, bem como reconhecer que os sentimentos de ansiedade, frustração e medo, despertados por essa situação problema, é normal, e que outros graduandos também estão vivenciando a mesma realidade, sendo importante buscarmos ferramentas para lidarmos com essa situação. Com base nessas necessidades, compreendemos que, a gestão de tempo e do emocional são ferramentas que podem auxiliar no cuidado com a nossa saúde.

Sobre a gestão do tempo, quando realizada de forma adequada, proporciona uma redução dos níveis de estresse e preocupação que podem desencadear a Síndrome de Burnout (KELLY, 2003; VAN EERDE, 2003), e viabiliza darmos atenção à outros âmbitos da vida como dedicar tempo à família e ao lazer. O planejamento da rotina com metas alcançáveis propicia o gerenciamento do tempo de forma adequada, viabiliza melhor rendimento escolar e reduz a sobrecarga emocional e física.

Já a gestão emocional consiste no desenvolvimento de habilidades, como autoconfiança, automotivação e empatia (GOLEMAN, 2003). A aptidão social ou gestão de relacionamentos, está associada com a capacidade de lidar bem com as emoções, de realizar tarefas em grupo, de convencimento, de negociação e capacidade para resolver conflitos e desacordos (GOLEMAN, 2003) sendo essa última habilidade útil para realizar um diálogo entre nós discentes, os docentes e a instituição de ensino, com objetivo de buscar medidas para reduzir a sobrecarga horária e seus efeitos negativos.

A psicoterapia pessoal, por exemplo, é uma ferramenta que nos auxiliaria no gerenciamento emocional e na melhor compreensão das nossas percepções e emoções. A nossa instituição de ensino deve ofertar serviço de apoio à saúde mental a qual deve ser estruturada nos seguintes aspectos: remediativo (para o reconhecimento de alunos com

problemas significativos de adaptação ao ambiente universitário), preventivo (por meio da capacitação de toda a comunidade acadêmica para a identificação e prevenção dos fatores de risco que potencializam os transtornos mentais, bem como orientar sobre como pode ser realizado o aconselhamento e o suporte) e desenvolvimentista (auxiliar no desenvolvimento psicológico do estudante) (OLIVEIRA, 2011).

Após as nossas reflexões e a busca por respostas à situação vivenciada, nos sentimos mais amparados e mais guiados sobre como enfrentar os sentimentos negativos e como contorná-los, quando possível. Para nós, a experiência relatada na presente narrativa foi enriquecedora e nos trouxe amadurecimento para refletir e encontrar alternativas aos problemas que iremos vivenciar em nosso cotidiano como futuros médicos e enxergar as adversidades em outras perspectivas e não como algo sem solução. Em suma, os acontecimentos relatados colaboram para o aprimoramento da nossa capacidade de ter empatia e para melhor compreender a importância do diálogo efetivo, que são imprescindíveis nas diversas áreas de nossas vidas, e não somente no âmbito profissional. Assim, a oportunidade de ler relatos de experiência de estudantes que estão passando pela mesma situação que a nossa, aprimora o sentimento empático, de modo a propiciar o reconhecimento do outro em sua individualidade.

REFERÊNCIAS

[1] AUSUBEL, David Paul. A aprendizagem significativa: A teoria de David Ausubel. Moraes, São Paulo,1982. Disponível em: Capitulo 10 - A teoria da aprendizagem significativa de Ausubel - Teorias de Aprendizagem - Moreira, M. A.pdf (usp.br). Acesso em: 9 out 2021.

[2] CAZOLARI, Priscila Gadelha et al. Níveis de Burnout e Bem-Estar de Estudantes de Medicina: um Estudo Transversal. Revista Brasileira de Educação Médica, São Paulo, v. 44, ed. 4, 16 set. 2020. doi: https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.4-20190138

[3] CERQUEIRA, Rodrigo Júlio; GUIMARÃES, Leovani Marcial; NORONHA, José Leonardo. Proposta de aplicação da metodologia PBL (aprendizagem baseada em problemas) em disciplina do curso de graduação em engenharia de produção da Universidade Federal de Itajubá (UNIFEI). International Journal on Active Learning, v.1 p. 35-55. doi: 10.15202/2526-2254.2016v1n1p35

[4] GOLEMAN, Daniel. (2003). Inteligência Emocional. Lisboa: Temas Editoriais.

[5] GOMES, Vânia Thais Silva et al. A Pandemia da Covid-19: Repercussões do Ensino Remoto na Formação Médica, Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, v.44, ed. 4, 21 ago. 2020. doi: https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.4-20200258

[6] KELLY, William E. No time to worry: the relationship between worry, time structure, and time management. Personality and Individual Differences, Portland, v.35, p.1119-1126, 2003. doi: https://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00322-7

[7] MEDEIRO, Joana Vanessa Henriques. GESTÃO DAS EMOÇÕES NA EDUCAÇÃO. 2017, Dissertação (Mestrado em Ciências da Educação- Supervisão Pedagógica), ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO JOÃO DE DEUS, 2017.

[8] OLIVEIRA, Cynthia Bisinoto Evangelista de. A atuação da psicologia escolar na educação superior: Proposta para os serviços de Psicologia. Tese para título de Doutorado em Processos de Desenvolvimento Humano em Saúde, Brasília, 2011. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/8804/1/2011_CynthiaBisinotoEvangelistadeOliveira.pdf. Acesso em: 17/10/2021.

[9] SOUZA, Samir Cristino de; DOURADO, Luis. Aprendizagem Baseada Em Problemas (Abp): Um Método De Aprendizagem Inovador Para O Ensino Educativo. Holos, [S.l.], v. 5, p. 182-200, out. 2015. doi: https://doi.org/10.15628/holos.2015.2880.

[10] VAN EERDE, W. Procrastination at Work and Time Management Training. The Journal of Psychology, v.137, n.5, p.421-434, 2003

Capítulo 27

COMO A PANDEMIA DO COVID-19 AFETOU A EDUCAÇÃO MÉDICA E OS FUTUROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Carolina Macedo Vilela Barreto; Marlon da Silva Pessanha Santos; João Augusto Nunes Vitorino

Diversas situações ocorridas no cotidiano dos universitários requerem um processo constante de adaptação, que influenciam diretamente no seu processo de amadurecimento, além do seu desenvolvimento cognitivo e afetivo. Contudo, quando determinadas situações estão associadas a vulnerabilidades emocionais e sociais, podem levar ao sofrimento psíquico, que juntamente com as demandas oriundas da universidade podem desencadear ou até mesmo agravar esses problemas de saúde física e mental (LACERDA, 2016).

Atrelado a esse cenário, com o aparecimento do Covid-19 e o aumento expressivo de casos da doença pelo mundo, muitos países optaram por medidas de confinamento da população e distanciamento social, como uma alternativa para diminuir a propagação do vírus. Assim, a pandemia foi responsável por grandes mudanças, ocasionando modificações na estrutura organizacional do ensino superior, a exemplo da educação médica que teve que suspender atividades presenciais e estágios práticos, passando a adotar um ensino a distância para os discentes do curso de Medicina. (DE OLIVEIRA et al., 2021). Além disso, como estudantes de medicina, sabemos que por trabalharmos diretamente com o ser humano, estamos de certa forma mais expostos ao estresse, devido à responsabilidade do cuidado e da prestação de um atendimento adequado.

Dessa forma, além de todo o estresse que o curso gera nos estudantes, o isolamento social e a interrupção das atividades letivas, impactou ainda mais a saúde mental, pelas diversas mudanças ocasionadas. Vivenciamos uma realidade em que, com a suspensão das atividades, tivemos que retornar para a casa dos nossos pais, sem contato com outros alunos, distante dos amigos mais próximos, tendo que ter resiliência para aprender uma nova forma de "aprender" remotamente, além de lidar com as inseguranças de se contaminar e contaminar seus familiares. Isso, fez com que as taxas de estresse, depressão e ansiedade em nós, universitários durante a pandemia da COVID-19, aumentassem ainda mais.

Assim, escolhemos essa problemática da saúde mental dos discentes de medicina no contexto de pandemia do covid-19, como norteadora da nossa reflexão, pelo fato da Universidade estar intrínseca à nossa realidade e ser o pilar das nossas vidas. Isso, pois a partir dela guiamos nossas escolhas, orientamos nossa rotina, depositamos nossas perspectivas, além de sonhos de mudança de vida.

Contudo, com o retorno das práticas presenciais, após tantos meses afastados, nos vimos em um novo contexto, obrigados a nos organizar logisticamente e mentalmente. Diante disso, ocorreram diversos sentimentos que provocaram um turbilhão de emoções, como a angústia, o medo, a confusão, a sensação de impotência e a preocupação. Um dos sentimentos de angústia atrelado a esse regresso das práticas, foi o grande dilema de retornar e se sujeitar à possibilidade de contaminar a nós mesmos e aos nossos familiares,

ou continuar na rotina de estudos remotos, mas consequentemente mantendo a sensação de falta de progresso e de atraso na evolução e capacitação profissional médica. Decidimos então, que retornar com as atividades seria mais adequado, mas isso nos gerou o questionamento, se apenas com a bagagem teórica online, estaríamos realmente capacitados para retornar às práticas no hospital.

Ademais, mesmo com essa dúvida, pudemos perceber o quão bem esse retorno fez às nossas vidas, e o quanto o contato com os outros colegas foi essencial e necessário para vermos que estamos todos compartilhando das mesmas inseguranças e dificuldades. Assim, esse reencontro com os colegas e com os professores, nos possibilitou socializar e apoiar uns aos outros, contribuindo com que superássemos cada obstáculo e lidássemos com cada paciente, o que nos gerou uma grande sensação de conquista. E assim, nos sentimos mais confiantes e com maior autoestima, pois, a prática e o contato com outros colegas, nos proporcionou o sentimento de que nós somos mais capazes do que pensávamos.

Foi no momento que retornamos para as primeiras aulas no Hospital de Clínicas, para fazer as primeiras anamneses e exames físicos, que pudemos nos sentir ativos, úteis e prestativos. Assim, apesar de sermos de grupos distintos de aulas práticas, compartilhamos as nossas experiências quanto trio e pudemos perceber como essa recordação da primeira ida ao hospital ficou guardada na memória, em função do sentimento de conquista de ter conseguido realizar esse feito, e da alegria em relação à satisfação do paciente frente ao nosso cuidado. Assim, isso fez com que nos sentíssemos capacitados, e sanou a nossa dúvida inicial, de que apesar de termos ficado um tempo sem contato com o hospital, conseguimos sim aplicar na prática tudo aquilo que nos dedicamos tanto a aprender, propiciando um sentimento de alegria no qual iremos nos recordar para sempre.

Portanto, compreendemos que tanto nós, quanto outros universitários, estamos enfrentando problemas relacionados a sentimento de insegurança do retorno às aulas práticas(DE SOUSA OLIVEIRA et al., 2020), mas a partir do momento em que pudemos perceber que esse sentimento é compartilhado por todos os discentes, e que foi possível aplicar na prática tudo aquilo que nos dedicamos a aprender na teoria, pudemos nos sentir mais confortáveis em relação a essa situação e assim, apoiarmos uns aos outros, demonstrando que estávamos todos juntos nesse mar de incertezas para conseguir vencer todos esses obstáculos. E esse sentimento de incerteza, foi cada vez mais sendo apaziguado, a partir do momento que conseguimos aplicar nossos conhecimentos, e reconhecemos nossa capacidade de enfrentar as dificuldades.

Depois da busca pelas respostas para nossas reflexões, suscitadas pela proposta desta atividade, nos sentimos mais amparados e contemplados sobre como lidar com esses sentimentos de insegurança. Agora pudemos entender que outros estudantes estão passando pelas mesmas dificuldades que nós e que, por estarmos passando por um momento atípico de pandemia, é esperado estarmos mais inseguros devido ao período de incerteza que esse momento traz. Para nós, essa experiência de contato com os outros colegas e de compartilhamento desses sentimentos foi enriquecedor e nos trouxe amadurecimento para encontrar outras vias de pensamento e outras perspectivas das situações.

Por fim, essa experiência que estamos passando nesse momento atual será decisiva e de extrema importância para a nossa formação e nosso futuro como profissionais da saúde. Pois agora, após passar por uma pandemia mundial, com tantas incertezas,

aprendizados, desenvolvimento tecnológico, reestruturação de valores e maior empatia por meio de uma grande parcela da população, todas essas situações irão interferir na nossa formação como seres humanos e médicos mais humanos e bem preparados para as adversidades. Assim, ficou claro como situações inesperadas podem ocorrer, inclusive na prática médica, porém, é necessário deter de sensibilidade e de sensatez para lidar com esses adventos, a fim de solucioná-los da melhor maneira possível.

REFERÊNCIAS

[1] DE OLIVEIRA, Francisco Pereira et al. O impacto da pandemia de Covid-19 na saúde mental dos discentes de medicina. Brazilian Journal of Development, v. 7, n. 6, p. 62028-62037, 2021.

[2] DE SOUSA OLIVEIRA, Eleilde et al. A educação a distância (EaD) e os novos caminhos da educação após a pandemia ocasionada pela Covid-19. Brazilian Journal of Development, v. 6, n. 7, p. 52860-52867, 2020.

[3] LACERDA, A. N. Indícios de estresse, ansiedade e depressão em estudantes universitários.(monografia). Brasília, DF: Universidade de Brasília, 2016.

Capítulo 28

RESSIGNIFICAÇÃO DAS VIVÊNCIAS NA GRADUAÇÃO DE MEDICINA E RESILIÊNCIA: UMA EXPERIÊNCIA DE ACADÊMICOS NO ISOLAMENTO SOCIAL DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19

Amanda Colmanetti, Uriel da Silva Pires, Victor Custódio Ribeiro

Desde o ensino médio e do cursinho, diversas expectativas passam por nossas cabeças em relação ao curso de Medicina. Com o sonho do vestibular sendo concretizado por meio da nossa aprovação surgem, assim, novas projeções diante do início do curso. Começamos com o ciclo básico, onde vemos matérias essenciais para a nossa formação, mas com poucas práticas que nos coloquem diante a vivência médica de fato. Destarte, criaram-se mais expectativas ainda, agora em torno do sonhado ciclo clínico, que se inicia no quarto período, fase essa conhecida por grandes transformações para um discente de medicina.

Entretanto, no começo de 2020, a sociedade se viu obrigada a mudar completamente pela pandemia que havia surgido. Naquele momento, um novo cenário de relações sociais a distância e práticas no estilo "home office" foi subitamente criado, adequando a população a essa fase. Dessa maneira, na área da educação não foi diferente, o COVID-19 afetou mais de 90% dos estudantes no mundo, fechando escolas e universidades (UNESCO, 2020). Assim, as expectativas criadas para 2020 ficaram frustradas, planos foram postergados e uma onda de sentimentos novos surgiram em nós, estudantes.

O COVID-19 não apenas causou danos físicos, mas, sobretudo, psicológicos ao provocar distúrbios emocionais, irritabilidade, estresse pós-traumático, além de aumentar o sofrimento daqueles que já apresentam problemas psicológicos (BARROS et al., 2020). Com isso, a pandemia trouxe, inevitavelmente, reflexos diretos sobre os diversos aspectos de nossas vidas. Com ela, passamos por um período sem aulas, onde a ausência de perspectiva quanto ao nosso futuro era algo extremamente presente em nossa rotina. Posteriormente, fomos incluídos no contexto do ensino remoto. Com ele, diversos desafios vieram à tona, como a ausência da convivência com nossos colegas de curso, o sentimento de solidão diante do isolamento, o medo em relação à precariedade de nossa formação médica e a ansiedade por uma vacina ou tratamento que fizesse com que as mortes devastadoras parassem no contexto social.

Essa fase, por sua vez, nos forçou a criar novas formas de lidar com esse momento até então inédito em nossas vidas. Aprendemos que é possível estar presente nas relações, mesmo na ausência, ou melhor, na distância. Aprendemos que pequenos atos individuais, como analogamente ao uso de máscara em ambientes públicos, possuem valor imenso para o cuidado coletivo. Aprendemos que a arte, seja lá qual for seu tipo ou materialização, é algo imprescindível da vivência humana. Aprendemos que as tecnologias podem ser aliadas para o desenvolvimento pessoal, como os diversos meios que tivemos para estudar e se conectar com outras pessoas.

Finalmente, com o surgimento das vacinas contra o Sars-Cov-2 foi possível criar formas de retornarmos ao ensino prático de forma híbrida. Dessa forma, uma mistura de sentimentos surgiu, entre eles a euforia por poder voltar a faculdade, rever amigos e ver na prática o que virtualmente parecia ser distante. Contudo os medos também apareceram, uma vez que já havíamos nos acostumados com aquela zona de conforto que é o lar, e sair de novo seria desafiador. Voltar a ter aulas práticas depois de mais um ano nos trouxe inseguranças sobre nossas capacidades e se seriamos realmente eficientes nessa retomada de atividades com tantas lacunas que ficaram do ensino remoto, como aprender na prática a colher anamneses, exames físicos e atuar em ambulatórios. Não eram mais casos fictícios inseridos em slides ou amigos atuando como pacientes para simular uma consulta hipotética, mas sim a realidade nua e crua retornando para as nossas vidas.

Diante disso, escolhemos abordar aqui esse momento de retorno ao presencial por ser uma fase onde teríamos que desenvolver certas dinâmicas e habilidades individuais para nos inserirmos novamente ao contexto da graduação de medicina. Uma delas era a responsabilidade coletiva, que viria por meio dos cuidados individuais frente às medidas de segurança frente à pandemia, como uso de máscara e distanciamento fora do ambiente universitário, que tinham como objetivo proteger não somente nossas vidas, mas também as dos nossos colegas de convivência. Outra foi a resiliência, que se manifestaria pela necessidade em retornarmos ao convívio com pacientes e preceptores, para realizarmos habilidades que deveríamos ter adquirido via ensino remoto, de forma eficiente e correta, visando ajudar as pessoas que veem até nosso hospital, mesmo com as dificuldades de ensino que tivemos. Por fim, era necessário vencermos nossos medos e inseguranças frente a um contexto totalmente novo após todas as dores, as dificuldades e as mudanças que o contexto pandêmico trouxe à nossa vida pessoal e social. Todas essas habilidades citadas, como responsabilidade coletiva, resiliência e vencimento de medos e inseguranças, não são essenciais somente para este momento presente, mas, pensando para além de nossa graduação, de suma importância para a nossa prática médica futura (QUEIROZ, 2019).

Nesse contexto, ao chegarmos presencialmente na faculdade depois de quase um ano e meio longe, já iniciamos com a reposição de semiologia, dentro das instalações do hospital. Nos nossos corações, um misto de euforia, por estarmos aprendendo a medicina como ela é, e receio, pois estávamos lidando, agora, com pacientes reais, pessoas reais. Estávamos, então, “cara a cara” com nossos mais profundos medos: “vou conseguir conversar com o paciente? ”, “e se na hora eu não souber algo? ”, “e se ele achar que eu não sei algo?”, “eu vou ser um médico ruim? ” são algumas das inúmeras indagações que passaram pelas nossas mentes. Os primeiros encontros dentro do hospital foram mais tensos, mas, como era de se esperar, com o tempo fomos nos tranquilizando, pois, quanto mais prática realizávamos, mais seguros do nosso conhecimento nós ficávamos. Além disso, percebemos, com o convívio dos nossos colegas, que as inseguranças eram algo comum, os estudantes compartilhavam os medos sobre as práticas e se realmente estávamos recebendo o ensino de qualidade, isso nos deu uma noção de coletividade que ajudou nos momentos difíceis.

Depois disso, iniciamos as práticas em laboratórios de ginecologia, obstetrícia, anestesiologia e anatomia. Aqui, um pouco mais calmos por não lidar com pacientes frente a frente, mas tomou conta de nós o medo de comprovarmos, na prática, que nossos estudos remotos durante todo o último ano não foram eficientes para aprendermos a teoria. Esse problema também foi discutido em uma pesquisa realizada com acadêmicos

ingleses, na qual mais de 75% dos entrevistados consideraram o ensino virtual como não efetivo e mais de 80% sentiram que as competências clínicas não foram desenvolvidas corretamente (DOST S, et al., 2020). Assim, percebemos que os conteúdos que não foram consolidados durante as aulas online seriam aprendidos com as aulas práticas, o que compensaria o tempo que perdemos longe dos laboratórios. Nesse sentido, entendemos a importância que é ver na realidade aquilo que não foi possível no virtual, como o conviver dentro de um hospital, como se comportar perto de um paciente e, principalmente, como ter uma comunicação respeitosa e efetiva. Afinal, as aulas a distância não nos ensinam sobre lidar com a vulnerabilidade de cada paciente em seu próprio subjetivo.

Em suma, fica evidente que esse período de retorno às aulas presenciais no sistema híbrido de ensino tem gerado em nós um turbilhão de sentimentos, ora positivos ora negativos, mas sempre muito intensos. Voltar a viver o sonho da medicina e, ao mesmo tempo, acolher as responsabilidades que ela traz não é tarefa fácil. Ademais, é imprescindível que a resiliência que desenvolvemos frente aos desafios gerados pela pandemia de COVID-19 se consolide em nossas atitudes a cada dia, visto que é uma habilidade necessária, não só agora como estudantes, mas também para enfrentar as intercorrências que podem acontecer na nossa futura prática médica. Por fim, hoje aprendemos que o medo e a insegurança são sentimentos normais que estarão sim presente em nossa jornada dentro da universidade. Entretanto, somos capazes, como seres humanos e sociedade, de encontrarmos, juntos, formas de vence-los. Nesse sentido, percebemos que somos aptos a ressignificar fases desafiadores e difíceis, como a atual, com todas as sequelas da pandemia e do isolamento, tanto no contexto presente da graduação em medicina, quanto futuramente, em nossa prática médica.

REFERÊNCIAS

[1] BARROS, Marilisa Berti de Azevedo et al. Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 29, p. e2020427, 2020.

[2] DOST S, et al. Perceptions of medical students towards online teaching during the COVID-19 pandemic: A National Cross-sectional Survey of 2721 UK Medical Students. BMJ Open, 2020; 1-10.

[3] QUEIROZ, Luciana. Resiliência na formação de estudantes de medicina em universidade com sistema híbrido de ensino-aprendizagem. 2019. Dissertação (Mestrado profissional ensino em saúde, Educação em saúde) - Centro Universitário Christus – Unichristus, [S. l.], 2019.

[4] UNESCO. A Comissão Futuros da Educação da Unesco apela ao planejamento antecipado contra o aumento das desigualdades após a Covid-19. Paris: Unesco, 2020. Disponível em: https://pt.unesco.org/news/comissao–futuros–da–educacao–da– unesco–apela–ao–planejamento–antecipado–o–aumento–das Acesso em: 30 de outubro de 2021

Capítulo 29

O IMPACTO EMOCIONAL DO RETORNO ÀS AULAS PRESENCIAIS: OPORTUNIDADE DE APRENDIZADOS E DE DESENVOLVIMENTO DE HABILIDADES

Laura de Lourdes Cardoso e Silva; Leonardo Carvalho Oliveira; Leticia Barbosa Caetano

Em setembro de 2021, após quase um ano e meio desde a declaração de uma pandemia pela Organização Mundial da Saúde (OMS), com consequente isolamento social e mudança completa da nossa rotina, retornamos à universidade e às atividades presenciais práticas. Um misto de sentimentos nos inundou: a ansiedade de retornarmos à Uberlândia após todo esse período convivendo e morando com os nossos pais e de nos reencontrarmos com os amigos; a insegurança diante da necessidade de colocarmos em prática aquilo que estudamos apenas de maneira remota; e o medo de adentrar em um hospital com uma pandemia ainda em curso e de conviver com mais pessoas no nosso dia a dia.

Nesse sentido, cenas as quais, no início do nosso curso, eram habituais, atualmente tornaram-se estranhas. O primeiro dia da reposição prática de semiotécnica chegou e o ato de pegar o jaleco no guarda roupa e o crachá do hospital, colocar a máscara pff2 e guardar o vidro de álcool em gel na mochila causaram sensações de nostalgia e de apreensão em cada um de nós. O caminho até o HC serviu para relembrar momentos vivenciados ali, na realidade anterior considerada “normal”, e para se acostumar com o que novamente se tornaria rotina. Ao avistarmos os colegas de turma, noções de convivência, como o modo de cumprimentar, a comunicação espontânea e a distância adequada entre um e outro, ficaram nebulosas e com determinada sensação de estranheza.

Além disso, o que também nos marcou foi aquilo que vimos e presenciamos nesse primeiro dia dentro do hospital. Primeiramente, o modo como os corredores do pronto socorro aparentavam estar mais cheios do que anteriormente. Em seguida, ao entrarmos em um quarto para realizarmos a primeira anamnese e aproximarmos de um leito, reparamos que o paciente estava sem máscara. E agora, pedimos gentilmente para colocá-la? Ou apenas ignoramos esse detalhe, já que nós, como profissionais ali, estávamos seguindo os protocolos devidamente? Congruente a isso, o nervosismo nos incendiou diante da incerteza de termos realmente aprendido as condutas a serem tomadas durante o ensino remoto e do questionamento sobre qual seria a melhor atitude a ser realizada naquela ocasião.

Diante disso, destacamos a importância de refletirmos sobre esse retorno a partir de nossos deveres e sentimentos perante a pandemia, principalmente pelo conflito entre ambos. A cena descrita evidencia claramente esse embate e nos fez debater e raciocinar bastante sobre esse novo cotidiano. Qual o nosso papel e a nossa responsabilidade diante dos pacientes que estão sendo visitados por nós? Como devemos nos portar socialmente, com nossos amigos e colegas de turma os quais não víamos há tanto tempo?

Buscamos o Código de Ética do Estudante de Medicina para entendermos nosso papel diante desse novo cenário. Em seu artigo 40, o documento cita o papel do acadêmico

de medicina no "estímulo à prevenção de doenças e à melhoria da saúde pública" (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018), sentença essa que nos fez refletir sobre nossas condutas individuais e coletivas diante do retorno das práticas. Nesse contexto de isolamento social, o retorno das práticas trouxe um alívio mental após meses sem nos ver pessoalmente. Porém, com a nossa volta, a pandemia não cedeu espaço, perpetuando-se e deixando-nos alerta sobre os métodos de prevenção ainda vigentes, especialmente com a publicação de protocolos e orientações de biossegurança pela Universidade e professores. A partir disso, encontramos nosso primeiro conflito: a responsabilidade sanitária e o sentimento de euforia de cumprimentar e abraçar os amigos depois de tanto tempo.

Por mais que os protocolos e diretrizes indiquem que o distanciamento social seja aplicado nesse retorno, ficamos confusos em como nos cumprimentar e em como nos socializar. Seria isso uma quebra das regras? Estaríamos descumprindo nossa responsabilidade como estudantes de medicina? Ao mesmo tempo, lembramos o quanto a graduação médica é desgastante, sendo responsável por taxas elevadas de sofrimento psíquico, esgotamento, doença mental diagnosticada, ideação suicida e tentativa de suicídio entre seus estudantes quando comparada com a população geral (CONCEIÇÃO et al, 2019), índices que tiveram piora durante a pandemia (TEIXEIRA et al, 2021). Nesse contexto, evidenciamos a importância dos amigos e do convívio social para nossa saúde mental, respeitando o máximo possível os protocolos de distanciamento social. Por fim, deixamos como aprendizado dessa reflexão a importância do nosso autocuidado, quesito tão negligenciado na área médica, tanto para com os cuidados com a pandemia, quanto com a nossa saúde mental, principalmente em um contexto desafiador como o atual.

Após pensar sobre nossas responsabilidades como discentes, refletimos sobre algumas habilidades que estão sendo ainda mais exigidas nesse contexto pandêmico e retorno à Universidade, como a competência de comunicação. Ao considerar o conceito dessa habilidade associado à ideia de estar à disposição de alguém, tem-se a necessidade de aprender a interpretação de sentimentos, impressões e de outros elementos não verbais (postura e expressões) com a finalidade de estabelecer uma comunicação de escuta atenta (LEITE; CAPRARA; COELHO FILHO, 2017). A importância da prática dessa habilidade foi percebida quando estivemos em frente ao paciente sem máscara. Como solicitar o uso correto da máscara sem gerar um momento de constrangimento e de barreira na relação médico-paciente? E se o paciente se expressar como negacionista da importância das medidas de segurança? Nessa perspectiva, além do dilema envolvendo responsabilidade ética do estudante de medicina e o esperado retorno do convívio com amigos, observamos que a volta ao ambiente acadêmico e o consequente maior contato com pacientes exigiram ainda mais de nós habilidades de comunicação, principalmente, ao considerar o dever do discente de incentivar práticas condizentes com a ciência.

Esse cenário de negação à ciência não se restringe apenas ao paciente, mas inclui indivíduos de nosso círculo social: família, amigos e colegas de turma. Desse modo, Coordenadores de cursos de medicina no Brasil e outros estudiosos da Educação Médica apontam como importante impacto da pandemia a necessidade de aprimorar habilidades de comunicação dos discentes e de profissionais de saúde para que esses possam defender o conhecimento científico (AFONSO et al., 2020). Nessa perspectiva, é evidente que aprimoramos essa aptidão na prática, quando estamos diante de um paciente no HC. Tentamos estabelecer um diálogo e entender o motivo de as pessoas estarem cada vez mais negando/ignorando fundamentos científicos, com a finalidade de evitar prejuízos na

relação médico-paciente (evitando frases agressivas) e de, simultaneamente, estimular ações concordantes com a ciência.

Portanto, o retorno presencial em setembro não representou apenas um conjunto de emoções e de incertezas, mas também um momento de necessidade de novas aprendizagens e de aprimoramento de habilidades. Como estudante de medicina no contexto da pandemia, teremos um aprendizado contínuo em como efetivar nossa responsabilidade ética em relação à prevenção da COVID-19, ao seguir as medidas de segurança de protocolos da Universidade. Ainda aprenderemos na prática como conciliar esse compromisso à importância de estarmos atentos ao benefício do convívio social para o autocuidado. Ademais, percebemos a maior exigência do desenvolvimento da habilidade de comunicação e de diálogo não violento em situação de ideias conflitantes sobre a validade científica. Nesse contexto, considerando o atendimento a necessidades da sociedade como objetivo da formação em saúde, concluímos que a cena, ao possibilitar reflexões - geradoras de aprendizado - essenciais para o processo acadêmico, retrata o esforço de cuidar melhor da sociedade.

REFERÊNCIAS

[1] AFONSO, Denise Herdy et al. A escola médica na pandemia da COVID-19: o que precisamos aprender. A escola médica na pandemia da Covid-19, Brasília, 2020.

[2] CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM - Brasil). Código de ética do estudante de medicina. Brasília, 2018.

[3] CONCEIÇÃO, Ludmila de Souza et al. Saúde mental dos estudantes de medicina brasileiros: uma revisão sistemática da literatura. Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior (Campinas), v. 24, p. 785-802, 2019.

[4] LEITE, Á.J.M.; CAPRARA, A.; COELHO FILHO, J.M. (Orgs.). Habilidades de comunicação com pacientes e famílias. São Paulo: Sarvier, 2007.

[5] TEIXEIRA, Larissa de Araújo Correia et al. Saúde mental dos estudantes de Medicina do Brasil durante a pandemia da coronavirus disease 2019. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 70, p. 21-29, 2021.

Capítulo 30

RETORNO PRESENCIAL APÓS PANDEMIA COVID-19: VIVÊNCIAS DE ESTUDANTES DE MEDICINA

Andressa Júlia Figueiredo dos Santos, Fernanda Cristina das Neves, Jéssica Ronize Oliva

A primeira vez que pisamos no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia após a quarentena para retorno presencial foi em uma noite de quinta-feira, com o intuito de repor as aulas de semiologia que ficaram para trás, devido à pandemia. Além disso, que nossa primeira experiência em aula dentro do hospital foi em março de 2020, antes da Caixa de Pandora se abrir.

O inicio dessa jornada ocorreu no quarto período, em meados de setembro de 2021, quase 2 anos após o início da quarentena, mais especificamente uma semana antes das nossas "férias" terminarem. Esses dias, antes do retorno prático presencial, despertaram reações e sentimentos comuns a nós três, dentre eles: ansiedade, insegurança e alto nível de estresse à espera da definição de como as reposições seriam feitas, além da preocupação com a carga horária pesada que teríamos que cumprir, pois iríamos fazer o quarto período e, simultaneamente, teríamos que realizar as práticas do segundo e terceiro período que estávamos devendo. Sendo assim, optamos em falar do retorno presencial e da saúde mental de nós estudantes de medicina, já que sentimos que esta, muitas vezes, esteve negligenciada, tanto por nós, graduandas, quanto pela Universidade.

O início das aulas práticas do quarto período, juntamente às reposições de aulas do segundo perío so foi muito complexo e complicado para todos os discentes da faculdade, principalmente, porque alunos exerciam funções que não lhe cabiam sendo forçados a acreditar que era nossa responsabilidade e obrigação, já que tudo que chegava até nós eram suposições de como seriam essas aulas, e no fim, cada grupo teria que correr atrás do seu preceptor, já que não existia um diálogo em comum entre Coordenação e os professores. Fora isso, ainda existia o fantasma da incerteza, devido aos preceptores, pois alguns tinham famas complicadas, outros nem existiam. Esse cenário nos frustrou naquele que supostamente deveria ser o curso dos nossos sonhos.

Concomitantemente, nos foi dito que o curso é assim mesmo, de extensa carga horária, que exige muito dos estudantes e que, ao final, sempre gerará algum tipo de sequela, seja física ou psicoemocional, ocasionada pelas responsabilidades que envolvem a vida do profissional médico. Porém, é interessante ressaltar que, esta é uma situação jamais experimentada por nenhum aluno anteriormente. A conjuntura de cursar três períodos dentro de 1 ano é quase inimaginável, pois, disciplinas que eram para ter um tempo maior de estudo devido a sua complexidade, agora eram aplicadas dentro de poucos meses. Sentimos que, nosso aprendizado foi comprometido e perdemos a segurança de ter um conhecimento solidificado para aplicarmos futuramente na profissão.

Frente a isso, o que nos restou foi nos desdobrar para poder dar conta desse período atípico de retorno presencial. Tivemos que, muitas vezes, aumentar nossas horas de estudos e deixar de lado outras atividades, como praticar exercício físico, descansar e

até mesmo dormir para conseguir ver tudo o que nos era passado. Consequentemente, o estresse, a irritabilidade e a dificuldade de reter conhecimento se manifestaram em nós. No entanto, entendemos que agimos corretamente, devido às circunstâncias que nos foram impostas para continuar cursando Medicina.

O paradoxo se estabelece quando nos damos conta que, no semestre anterior, estávamos aprendendo sobre a importância do autocuidado e da promoção de saúde, enquanto pessoas e, não "máquinas", como, muitas vezes, os profissionais da saúde - em especial os médicos - são vistos. Diante disso, pensamos quais seriam as consequências para nós enquanto discentes e futuros profissionais da área médica? E quais as formas de lidar com essa situação?

Conforme Meleiro (2000) e Schimidt (2020), esse cenário de muitas cobranças e exigências justifica as taxas de suicídio serem maiores entre estudantes de medicina e em médicos quando comparado a população geral, sendo observado uma frequência maior em mulheres. Sobre isso, é válido mencionar o conceito de resiliência discutido por Salles et al. (2021), que pode ser definido como processos sociais e intrapsíquicos que possibilitam o desenvolvimento saudável do indivíduo, mesmo vivenciando experiências desfavoráveis. Na situação da COVID-19, a resiliência tem estado atrelada à capacidade de se adaptar ao "novo normal", sem comprometer a saúde mental dos indivíduos. Assim, os estudantes de Medicina precisaram se adaptar emocional e fisicamente às suas novas rotinas de estudo, com um ensino que se tornou essencialmente teórico no início da pandemia, o que prejudicou a capacidade de retenção de conhecimento e agora com o retorno presencial tem sido híbrido. Já a cobrança permaneceu a mesma e novas dificuldades frente ao ensino remoto surgiram, como problemas técnicos, comportamentais e metodológicos, aliados ao enfrentamento de uma catástrofe mundial, com adoecimento de familiares e condições financeiras desfavoráveis (SALLES et al., 2021).

Além disso, a questão de glamourizar comportamentos como dormir pouco para "estudar" e fazer milhões de coisas para cumprir a carga imposta pode ser considerada a origem desse problema. Sem contar a dicotomia das disciplinas que ensinam o autocuidado e reflexão sobre o atendimento humanizado, enquanto outras nos põe uma carga de estudos insustentável com uma rotina saudável. Não é por acaso que tem sido observado o registro de casos de Síndrome de Burnout não apenas em profissionais de saúde, mas também em alunos. A condição em que a pessoa atinge exaustão, esgotamento físico, psíquico e emocional, devido à má adaptação a um trabalho altamente estressante e com grande carga tensional foi vista em 49,6% dos estudantes de medicina de uma faculdade norte-americana (CORREIA et al., 2019).

Em suma, percebemos que, devido às circunstâncias, agimos da melhor forma possível para conseguir cumprir as exigências do curso, mas sofremos desde já as consequências desse período atípico de estudos. Essa fase poderia ter sido menos caótica se tivesse uma melhor colaboração da Coordenação do curso de Medicina para não sobrecarregar tanto os discentes, talvez se reduzisse a carga horária e a quantidade de trabalhos de algumas disciplinas, nós - enquanto graduandos - conseguiríamos nos dedicar melhor às atividades e o nosso conhecimento poderia ser mais consolidado.

Notamos que somos programadas para desligar o lado pessoal, para focar no lado profissional, mesmo que seja uma sexta-feira às 22h, de uma semana extenuante que começava as 6h da manhã. Como já diria Confúcio: jogamos nossa saúde fora para conseguir dinheiro e depois gastamos dinheiro para reconquistá-la, para aqueles que

conseguem sobreviver tempo o suficiente, nessa jornada chamada medicina (BARBOSA; GUEDES, 2019).

REFERÊNCIAS

[1] BARBOSA, Eliel; GUEDES, Bruna. Dicionário de Alusões. Brasil, 2019. 86 p.

[2] CORREIA, Marley Moreira; et al. Síndrome de burnout e ideação suicida entre estudantes de medicina: um estudo de revisão. Brazilian Journal Of Health Review, Curitiba, v. 2, n. 3, p. 2225-2227, mar./ abr. 2019. Bimestral. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/1635/1573>. Acesso em: 1 nov. 2021.

[3] MELEIRO, Alexandrina Maria Augusta da Silva. Suicídio entre médicos e estudantes de medicina. Revista da Associação Médica Brasileira [online]. 1998, v. 44, n. 2, pp. 135-140. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-42301998000200012>. Acesso em: 1 nov. 2021. Epub 28 Jul 2000. ISSN 1806-9282. https://doi.org/10.1590/S0104-42301998000200012.

[4] SALLES, Gabriel Etienne Brito de; et al. Mudanças comportamentais e resiliência dos estudantes de Medicina em meio à Pandemia da Covid-19 / Behavioral changes and resilience of medical students in the midst of the Covid-19 Pandemic. Brazilian Journal Of Health Review, [S.L.], v. 4, n. 2, p. 8451-8463, 15 abr. 2021. South Florida Publishing LLC. http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv4n2-366.

[5] SCHMIDT, Sarah. Mulheres têm risco maior de suicídio entre estudantes de medicina. Revista Pesquisa FAPESP. Disponível em: <https://revistapesquisa.fapesp.br/mulheres- tem-risco-maior-de-suicidio-entre-estudantes-de-medicina/>. Acesso em: 01 nov. 2021.

Capítulo 31

IMPACTOS DA PANDEMIA NA QUALIDADE DO ENSINO-APRENDIZAGEM

Alissa Pinheiro Paes Leme, Gabriela Souza de Andrade, Jéssica Oliveira Noleto

A Organização Mundial da Saúde (OMS), no fim de 2019, foi alertada sobre a ocorrência de diversos casos de síndrome respiratória relacionados a uma nova cepa de coronavírus, na República Popular da China e, em 11 de março de 2020, declarou ser uma pandemia (OPAS, 2020). Dessa maneira, medidas de enfrentamento ao vírus foram implementadas, como o isolamento social, a quarentena, a realização de testes, a suspensão das aulas presenciais e a implementação do ensino remoto. No entanto, tendo em vista que o mais próximo de uma pandemia vivenciada por nós foi o surto de influenza A/H1N1, em 2009, não imaginávamos que a pandemia do coronavírus duraria tanto tempo e que seria responsável por números exorbitantes de casos de infectados e de mortes. Assim, a pandemia teve um impacto psicológico negativo significativo na vida das pessoas, causando inclusive aumento nos casos de ansiedade, depressão, estresse e esgotamento físico e mental (MAIA; DIAS, 2020).

Primeiramente, é importante salientar que, segundo a Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), a educação é embasada em pilares: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a conviver e aprender a ser (OLIVEIRA et al., 2020). Além disso, a formação de nível superior tem como finalidade satisfazer as demandas sociais, por meio da produção, difusão e socialização do saber (MORALES; LOPEZ, 2020). Assim, a realização de atividades práticas é essencial e indispensável para o nosso desenvolvimento e formação pessoal e profissional, por nos proporcionar contato com o serviço de saúde, com a equipe de saúde multidisciplinar e com os pacientes e seus familiares e, consequentemente, com as diversas questões sociais, culturais e psicológicas que envolvem o relacionamento médico-paciente.

Dessa maneira, com a suspensão das atividades práticas e, consequentemente, do contato com o serviço de saúde, grande parte do componente curricular do curso de Medicina foi impossibilitado de ser realizado. Assim, o desenvolvimento de habilidades imprescindíveis para um bom atendimento, como a escuta, o cuidado e a empatia, além de fazer escolhas, pensar criticamente e solucionar problemas, com responsabilidade e ética, foi prejudicado. Com isso, os sentimentos de incapacidade, insuficiência, angústia, preocupação, fracasso, impotência e a crença de não estarmos aprendendo nada e de, no futuro, não conseguirmos ser bons profissionais, passaram a fazer parte do nosso cotidiano.

Com o avanço da vacinação em Uberlândia e, consequentemente, com a melhoria da situação epidemiológica na cidade e no país, o retorno de algumas atividades práticas presenciais foi autorizado. Essa notícia nos permitiu ficar entusiasmadas, motivadas e esperançosas, aliviando um pouco os sentimentos que estavam fazendo parte do nosso dia-a- dia, pois sentimos que, finalmente, colocaríamos em prática o que nos tinha sido repassado no ensino remoto. No entanto, nos deparamos com novos desafios: a

sobrecarga de atividades a serem realizadas devido ao acúmulo de matérias de três períodos, a falta de tempo suficiente para que todo o ensino seja reposto com qualidade, a falta de ambientes de aprendizagem suficiente para todos os alunos e a falta de organização com matérias práticas e teóricas marcadas para o mesmo horário ou com pouco tempo para o deslocamento casa-universidade. Todos esses obstáculos provocam novos desgastes físicos e emocionais, relacionados, principalmente, com a dúvida acerca da qualidade do ensino-aprendizagem. Assim, escolhemos essa problemática para ser abordada no presente texto.

Desse modo, como mencionado anteriormente, a realização de atividades práticas é essencial para o nosso desenvolvimento pessoal e profissional, pois, por meio delas, nós vivemos experiências que participam do processo de construção do conhecimento de forma contextualizada ao futuro exercício profissional e, consequentemente, da nossa construção identitária, sendo indispensável, portanto, que tenhamos vivência em diferentes cenários de ensino e aprendizagem, que nos aproximem da realidade da prática profissional desde o início do curso (BATISTA; BATISTA, 2008). Nesse sentido, diante dos desafios expostos, em conjunto com o fato de a graduação em Medicina ser um curso extremamente pesado, com elevada carga horária de estudos, grande número de compromissos, intensas cobranças e escassas horas de sono (SILVA et al., 2020), nos vemos inseguras com a qualidade do ensino- aprendizagem e permeadas por sentimentos de angústia e impotência.

Assim, é notável que esse tem sido um período atípico e desafiador (MAIA; DIAS, 2020) e que, consequentemente, provoca repercussões desfavoráveis na aprendizagem e na saúde física e mental. Por esse motivo, ao refletirmos sobre a situação vivenciada percebemos a necessidade de cuidarmos da nossa saúde, mediante a busca por ferramentas ou o desenvolvimento de habilidades que nos ajudem a lidar com essa realidade, como a psicoterapia e a gestão de tempo.

Em relação à psicoterapia, é importante salientar que a prevalência de transtornos de depressão, ansiedade e síndrome de Burnout (esgotamento físico e mental) em estudantes de medicina é elevada, estando relacionada, principalmente, com as dificuldades da graduação (MACHADO, 2017). No entanto, apesar de estarmos inseridos na área da saúde, não procuramos muita ajuda para falarmos sobre nossos problemas psíquicos. Por esse motivo, é essencial que a própria instituição de ensino dialogue mais com os discentes acerca da importância dos serviços de apoio à saúde mental, pois esta prática permite com que os indivíduos tenham uma vida emocional com mais qualidade.

Em relação à gestão do tempo, ela é importante pois nos permite organizar e planejar nossas atividades de forma mais eficiente, de modo a ter mais produtividade e menos estresse no dia-a-dia. Dessa forma, a aplicação da gestão do tempo permite que os indivíduos busquem o equilíbrio da dinâmica trabalho-descanso-lazer, de forma a darem a devida importância à prática de atividades físicas, à higiene do sono e ao estabelecimento de relacionamentos íntimos positivos, por exemplo e, consequentemente, melhorem o bem-estar físico e mental (SARRIS et al., 2014).

Dessa forma, após as nossas reflexões, a busca por respostas e a leitura dos textos aqui citados, nos sentimos mais preparadas para compreender e enfrentar os sentimentos que nos angustiam e as adversidades da vida. Nesse sentido, essa experiência tem sido enriquecedora ao nos permitir amadurecer e analisar as situações por meio de novas perspectivas. Assim, percebemos que as habilidades necessárias para um bom atendimento, citadas anteriormente - escuta, cuidado, empatia, raciocínio crítico, solução

de problemas, responsabilidade e ética, por exemplo - que acreditávamos ser possível desenvolver apenas com as atividades práticas, têm sido desenvolvidas por nós durante todo esse período atípico e desafiador. Além disso, percebemos a importância da psicoterapia e da gestão do tempo para o cuidado em saúde mental. Logo, a experiência relatada na presente narrativa teve impacto direto e positivo na nossa formação profissional, ainda que não tenhamos percebido isso a princípio.

REFERÊNCIAS

[1] BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H. S. S. A prática como eixo da aprendizagem na graduação médica. In PUCCINI, R. F.; SAMPAIO L. O.; BATISTA, N. A., orgs. A formação médica na Unifesp: excelência e compromisso social [online]. São Paulo: Editora Unifesp, 2008. pp. 101 -115. ISBN 978-85-61673-66-6. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/q8g25/pdf/puccini-9788561673666-06.pdf>. Acesso em: 26 de outubro de 2021.

[2] MAIA, B. R.; DIAS, P. C. Ansiedade, depressão e estresse em estudantes universitários: o impacto da COVID-19. Estudos de Psicologia (Campinas), 37, e200067. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0275202037e200067>. Acesso em: 22 de outubro de 2021.

[3] MACHADO, Leonardo Tavares. Transtornos mentais comuns e bem-estar subjetivo em estudantes de medicina: uma intervenção preventiva baseada na psicologia positiva. 2017. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, Universidade Federal de Pernambuco, CCS, Recife, 2017. 160 f. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/26477/1/TESE%20Leonardo%20Machado%20Tavares.pdf>. Acesso em: 26 de outubro de 2021.

[4] MORALES, V. J.; LOPEZ, Y. A. F. Impactos da Pandemia na Vida Acadêmica dos Estudantes Universitários. Revista Angolana de Extensão Universitária, v.2, n.3 (especial), julho, p. 53 - 67, 2020. Disponível: <https://1library.org/document/q0e691vy-visualizacao- impactos-pandemia-vida-academica-dos-estudantes-universitarios.html>. Acesso em: 23 de outubro de 2021.

[5] OLIVEIRA, S. M. C.; NETO, I.; COLLARES, C. F.; OLIVEIRA, M. A. B. Educação Médica: PJTC - uma escolha na vida acadêmica e as reflexões do impacto da COVID-19 na formação médica. Revista de Extensão. 2020. v.4, n.1. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/extensao/article/view/3716>. Acesso em: 22 de outubro de 2021.

[6] OPAS / OMS. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Folha Informativa sobre COVID-19. Histórico da pandemia de COVID-19. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em: 22 de outubro de 2021.

[7] SARRIS et al. Lifestyle medicine for depression. BMC Psychiatry. 2014, 14:104. Disponível em: < https://bmcpsychiatry.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-244X-14-107.pdf>. Acesso em: 26 de outubro de 2021.

[8] SILVA, A. C. et al. O impacto psicológico da pandemia de COVID-19 nos acadêmicos de medicina da região de Carajás. Brazilian Journal of health Review, Curitiba, v.3, n.6, p. 19731 - 19747, nov/dez. 2020. ISSN 2595-6825.

www.poisson.com.br
contato@poisson.com.br

@editorapoisson

https://www.facebook.com/editorapoisson